

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

ANNÉE 1935

---

TOME PREMIER



# ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CÉRISE, LONGET,  
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),  
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,  
H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY,  
G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL,  
LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE,  
R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTÈT, PIERON, POROT, RAVIART,  
RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX,  
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

---



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE  
BULLETIN OFFICIEL DE LA  
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

FONDATEUR.  
J. BAILLARGER  
RÉDACTEUR EN CHEF :  
RENÉ CHARPENTIER

XV<sup>e</sup> SÉRIE — 93<sup>e</sup> ANNÉE — 1935  
TOME PREMIER

---



90152

MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

---

PUBLICATION PÉRIODIQUE  
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

1870

THE OFFICE OF THE SECRETARY OF THE INTERIOR

WASHINGTON, D. C.

DEPARTMENT OF THE INTERIOR

OFFICE OF THE SECRETARY

WASHINGTON, D. C.

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

1870

# TABLE DES MATIERES

QUINZIÈME SÉRIE - 93<sup>e</sup> ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1935

## MÉMOIRES ORIGINAUX

Pages

Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante, par MM. FRIBOURG-BLANC et LASSALE.....	1
Psychasthénie et oxalémie, par M. G.-P. TOYE.....	11
Positivismisme médical et responsabilité pénale, par M. N. SENGÈS... 19,	203
Essais de traitement de l'anxiété par la vagotonine, par M. P. CASTIN, M <sup>me</sup> GARDIEN-JOURD'HEUIL et M. P. GARDIEN.....	51
L'anxiété biliaire. Données cliniques et expérimentales sur l'action de la bile et des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs (en particulier respiratoires), par MM. H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU.	177
Le rôle du métabolisme du chlore dans l'anorexie et la sitiophobie de certains malades, par M. Mares CAHANE.....	193
Le dosage du phosphore dans le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, par MM. DELMAS-MARSALET et R. BARGUES.....	197
Internement des aliénés criminels : juridiction répressive ou juridiction civile ? par M. Xavier ABÉLY.....	234
Le sentiment d'injustice subie en pathologie criminelle, par M. Et. de GREEFF.....	361
Choc émotif et guérisons de psychoses, par MM. M. DESRUELLES, J.-L. MASSOT et P. GARDIEN.....	385
Une épidémie locale de névrauxite, par MM. L. LE GUILLANT et P. Léo... 394	394
Le traitement du syndrome parkinsonien encéphalitique par le sulfate d'atropine à haute dose (méthode de Roemer), par MM. E. BAUER, J. GOLSE et G. MARQUET.....	420
Résultats de la pyrêthérapie soufrée associée aux sels d'or dans 34 cas d'états dits de démence précoce, par MM. H. CLAUDE et J. DUBLINEAU.....	553

La discussion de 1855 à la Société Médico-Psychologique sur l'hallucination et l'état actuel du problème de l'activité hallucinatoire, par M. H. EY.....	584
Le test de Rorschach et la dynamique de l'écorce cérébrale d'après les lois des réflexes conditionnels de Pavlov, par MM. G. MARINESCO, A. KREINDLER et L. COPELMANN.....	614
Développement des mouvements volontaires de la face, par M. L. KWINTÉ.....	624
V. Magnan (1835-1916), par M. Paul SÉRIEUX.....	713
Magnan dans son service de l'Admission à l'Asile Sainte-Anne, par M. Th. SIMON.....	715
L'œuvre anatomo-clinique de Magnan, par M. P. GUIRAUD.....	729
Magnan et ses études sur l'alcoolisme, par M. R. MIGNOT.....	738
Les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles dans l'œuvre de Magnan, par M. Cl. VURPAS.....	748
L'œuvre médico-légale de Magnan, par M. V. TRUELLE.....	760
L'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés, par M. M. DESRUELLES.....	772

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1935).....	64
Bureau pour 1935.....	65
Liste des membres.....	66

### Séance du jeudi 10 janvier 1935

Correspondance.....	84
Syndrome mixte d'hypocondrie, par MM. P. COURBON et L. MARS.....	84
Etude électromyographique d'un cas de contracture hystérique. Comparaison des courants d'action dans l'hystérie et la catatonie, par MM. H. BARUK et R. KOURILSKY.....	90
Délire d'interprétation après encéphalite épidémique par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT.....	98
Présentation d'un nouveau cathéter gastro-duodénal susceptible d'utilisation en médecine mentale, par M. L. CAMUS.....	102

### Séance du lundi 28 janvier 1935

Allocution de M. Roger MIGNOT, président sortant.....	107
Allocution de M. Th. SIMON, président.....	108
Adoption du procès-verbal.....	108

	Pages
Correspondance.....	108
Nomination d'un membre titulaire honoraire.....	109
Attribution du legs Christian pour 1935.....	109
Prix de la Société Médico-Psychologique.....	110
Election d'un membre associé étranger.....	110
Election d'un membre correspondant national.....	110
Election à trois places de membre titulaire.....	111
Les modifications sanguines au cours de la pyrétothérapie soufrée, par MM. J. HAMEL, M. CHAVAROT, J. DUMONT et J. LALANNE.....	111
Suite de la communication : « Guérison d'un cas d'obsession par la réalisation de l'idée obsédante », par MM. G. HEUYER et NACHT.....	114
Une épidémie locale de névrauxite, par MM. L. LE GUILLANT et P. LÊO.....	115
Démence précoce post-traumatique, par MM. L. LE GUILLANT et P. MARESCHAL.....	117
Remarques sur un cas de régression d'un syndrome de « perversions instinctives » encéphalitiques, par M. L. LE GUILLANT.....	121

*Séance du jeudi 14 février 1935*

Un cas de délire à cinq, par MM. G. HEUYER, DUPOUY, MONTASSUT et AJURIAGUERRA.....	254
Un cas de réverie pathologique, par MM. G. HEUYER et E. STERN.....	270
Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie complexe, par MM. X. ABÉLY et COULÉON.....	279
A propos du diagnostic des états paranoïdes. Dessins et écrits gastro- nomiques, érotiques et fantaisistes d'un persécuté mégalomane incohérent, par MM. J. VIÉ et P. QUÉRON.....	284
Séréotypes rythmées de la tête et du cou au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire d'origine vasculaire avec dissociation albumino- cytologique du liquide céphalo-rachidien, par MM. H. BARUK et D. LAGACHE.....	289
Epilepsie à début brusque et à forme grave paraissant en rapport avec un processus encéphalitique, par MM. H. CLAUDE, M. CARON et P. SIVADON.....	293

*Séance du lundi 25 février 1935*

Décès du Professeur SANTE de SANCTIS.....	298
Adoption du procès-verbal.....	298
Correspondance.....	298
Centenaire de Magnan.....	299
Date de la séance d'avril.....	299
Election d'un membre associé étranger.....	299
Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code pénal, par M. G. HEUYER, rapporteur.....	300
A propos du projet de loi portant refonte du Code pénal, par M. M. DESRUELLES.....	310
La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal (réaction tardive), rencontrée dans certains cas de psychose hallucinatoire chronique, par MM. Paul ABÉLY, J. ROYER et Ch. DURAND.....	311

*Séance du jeudi 14 mars 1935*

	Pages
Un cas d'exhibitionnisme féminin par délire d'interprétation, par MM. Th. SIMON et G. FERDIÈRE.....	430
Démence alcoolique polynévritique et contracture des fléchisseurs de la main, par MM. P. COURBON et L. MARS.....	437
Syndrome de Korsakoff, avec atteinte grave de quatre membres, à évolution partiellement régressive ou au moins fixée provisoirement, par MM. CARON et Ch.-H. NODET.....	442
Bouffées schizomaniaques à rechutes précipitées. Rémissions favorisées par la médication pyrêto-chimiothérapique (sulfosine-chrysalbine), par MM. FRIBOURG-BLANC et LASSALE.....	447
Obsessions suivies de réalisation, par MM. Cl. VURPAS, O. CROUZON et P. CHAPIREAU.....	453
Syndrome d'automatisme mental et délire spirite, par M. L. MARCHAND, M <sup>lle</sup> P. PETIT et M. J. FORTINEAU.....	461
Sur deux cas de puérilisme dans la paralysie générale, par MM. HUMBERT et MICOUD.....	466

*Séance du lundi 25 mars 1935*

Adoption du procès-verbal.....	472
Correspondance.....	472
Centenaire de Magnan.....	473
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.....	473
Election d'un membre correspondant national.....	474
Election d'un membre associé étranger.....	474
Etude complémentaire des mesures de sûreté du projet de Code pénal, par M. X. ABÉLY.....	474
La critique de la loi de stérilisation du point de vue généalogique, par M <sup>me</sup> F. MINKOWSKA.....	487
Résultats de la chrysothérapie prolongée chez les déments précoces anciens, par MM. HYVERT, STÖERR, G. et M. COHN.....	497
Trois observations d'états schizophréniques traités par l'association des sels d'or à la pyrêtothérapie soufrée. — Critique des résultats, par MM. J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX.....	505
Résultats de la pyrêtothérapie soufrée associée aux sels d'or dans 34 cas d'états dits de démence précoce, par MM. H. CLAUDE et J. DUBLINEAU.....	513
Trois cas de névrite optique rétrobulbaire bilatérale avec intégrité primitive du fond d'œil, survenue au cours du traitement stovarsolique chez des paralytiques généraux, par MM. P. ABÉLY et N. SALGO.....	514
Hallucinations visuelles de type hypnagogique chez une femme de 73 ans atteinte de glaucome bilatéral, sans démence sénile ni confusion mentale. Hypersomnie épisodique. Délire de persécution secondaire aux hallucinations, par M. P. BALVET.....	518

*Séance du jeudi 11 avril 1935*

Adoption du procès-verbal.....	633
Correspondance.....	633
Centenaire de Magnan.....	634

	Pages
Deux aliénés migrants, par MM. LÉVY-VALENSI, J. BOREL et M <sup>lle</sup> M. DEROMBIÉS.....	634
Syndrome de démence précoce post-traumatique, par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et M <sup>lle</sup> PETIT.....	639
Développement d'un syndrome d'automatisme mental chez une déséquilibrée hypomaniaque spirite, par M. L. MARCHAND, M <sup>lle</sup> P. PETIT et M. J. FORTINEAU.....	643
Délire romanesque de rêverie, par MM. G. HEUYER et AJURIAGUERRA.....	647
Démence consécutive à une vaccination antivariolique, par M. G. HEUYER et M <sup>me</sup> ROUDINESCO.....	655
Un cas de delirium tremens provoqué chez un alcoolique chronique par une injection de Novarsénobenzol, par MM. TINEL et PICHARD....	659

*Séance du jeudi 9 mai 1935*

Adoption du procès-verbal.....	790
Correspondance.....	790
Date de la séance du mois de juillet.....	790
Centenaire de Magnan.....	791
Efficacité de l'intimidation sur un cas de délire de jalousie, par MM. P. COURBON et M. LECONTE.....	791
Un cas de sclérose en plaques avec syndrome mélancolique, par MM. Th. SIMON et G. FERDIÈRE.....	795
Aphasie par artérite syphilitique, par MM. Th. SIMON et G. FERDIÈRE....	797
Délire de négation de grossesse de la gestation chez une débile déprimée périodique et syphilitique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et R. DELAITRE.....	800
Paralysie générale et aortite. A propos d'un cas de mort subite par hémopéricarde chez une paralytique générale ayant un délire de persécution. Présentation de pièce anatomique, par M. HUMBERT.....	802

*Séance solennelle du lundi 27 mai 1935*

Commémoration du centenaire de la naissance de V. Magnan.....	805
Correspondance.....	805
Adresse des délégués officiels.....	806
L'œuvre de V. Magnan.....	815
Allocution de M. le D <sup>r</sup> FILLASSIER au nom de la famille de V. Magnan.....	815
Dîner annuel sous la présidence de M. Paul STRAUSS.....	817

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Groupement Belge d'Etude Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

(Séance du 26 janvier 1935)

	Pages
Intervention sur les paupières en neuro-oculistique, par M. J. COPPEZ ..	329
L'existence d'une adénite primitive prééruptive dans le zona, par M. FRANÇOIS .....	330
Changements métriques et formels de l'image visuelle dans les affec- tions cérébrales, par L. van BOGAERT .....	330
A propos de deux cas d'hématome sous-dural chronique, par M. van GEHUCHTEN .....	331
A propos d'un cas de tumeur cérébrale multiple, par MM. L. van BOGAERT et P. MARTIN .....	331

(Séance du 27 avril 1935)

Méningiome parasagittal, par M. P. MARTIN .....	833
Syndrome cérébelleux progressif avec nystagmus du voile du palais et du larynx, par M. L. van BOGAERT .....	833
Surdité bilatérale au cours d'une tumeur frontale droite, par MM. L. van BOGAERT et P. MARTIN .....	834
Un nouveau cas d'anosmie d'origine traumatique, par MM. R. NYSSEN, J. HELSMOORTEL et R. THIENPONT.....	834
Oxycéphalie avec exophtalmie à prédominance unilatérale, par M. J. de BUSSCHER .....	834
Signe d'Argyll-Robertson et zona ophtalmique, par M. J. FRANÇOIS ....	835

### Société Suisse de Psychiatrie

84<sup>e</sup> réunion (Zug)

(Séance du 12 mai 1934)

Discussion sur les expertises psychiatriques, par M. O. HINRICHSSEN ....	823
--	-----

(Séance du 13 mai 1934)

Les mouvements des idiots et les mouvements catatoniques, par M. PFERS- DORFF .....	825
La structure psychologique de la pseudologie phantastique, par M. KIE- LHOLZ .....	825
La responsabilité dans l'âge infantile et juvénile, par M. J. LUTZ .....	825
Le problème de la stérilisation et de la castration des anormaux psy- chiques et sexuels, par M. H. WANTOCH .....	826



85<sup>e</sup> réunion (Berne)

(Séance du 3 novembre 1934)

	Pages
Rapport sur l'hygiène mentale, par M. A. RÉPOND .....	826
L'hygiène mentale, par M. J. KLAESI .....	827
La loi allemande de stérilisation du 17 juillet 1933, par M. E. RÜDIN ..	827
L'organisation de l'hygiène mentale en Belgique, par M. G. VERMEYLEN.	827
Le problème de l'hérédité dans l'indigence intellectuelle et dans l'épilepsie, par M. WEYGANDT .....	827
L'influence du bruit sur la santé nerveuse, par M. BERSOT .....	828
Les perturbations dans la vie conjugale, par M. W. MORGENTHAUER ....	828

(Séance du 4 novembre 1934. — Waldau)

Hygiène mentale du travail et problème des accidents, par M. S. BLUM.	828
Psychologie pratique et hygiène mentale, par M. P. GARNIER .....	829
L'étude des normes en psychologie, par M. H. de SAUSSURE .....	829
Les fondements de l'hygiène mentale générale, par M. TRAMER .....	829

Société suisse de Neurologie. XXXIX<sup>e</sup> Assemblée

(9 et 10 juin 1934. — Neuchâtel)

Considérations biologiques sur la restitution et l'adaptation dans les lésions du système nerveux central de l'homme et des animaux, par M. V. DÉMOLE .....	830
La restitution dans le système nerveux, par M. O. VERAGUTH .....	830
Processus de réparation dans le système nerveux central, par M. K.-M. WALTHARD .....	831
Comportement fonctionnel de déficients anatomiques, par M. K.-M. WALTHARD .....	831
Syndromes pyramidaux réversibles, par M. R. BING .....	831
Restitution fonctionnelle et régénération organique dans les traumatismes de la moelle épinière, par M. J. LHERMITTE .....	831
Les suppléances fonctionnelles après ablation chirurgicale de la moitié du cervelet, par MM. G. de MORSIER et A. JENTZER .....	831
Quelques exemples de tolérance du système nerveux dans les tumeurs cérébrales, par M. H. BRUNSCHWEILER .....	831
Le rôle de la kinésithérapie dans la récupération des fonctions nerveuses, par MM. H. BERSOT et H. BRANDT .....	832
La réadaptation à la vie normale : grands et petits mentaux améliorés par la pyrétothérapie, par M. E. v. KOEHLER .....	832
Une circonvolution de passage entre l'île de Reil et le rhinencéphale, par M. E. LANDAU .....	832
Contribution à l'étude de la maladie de Lindau, par M. F. LOTMAR ....	832
A propos de 6 cas de tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, par M. H. BRUNSCHWEILER .....	833
Un cas de pachyméningite chronique post-traumatique avec hématome microscopique sus- et sous-dural et un cas d'hémangiome caverneux rétro-oculaire simulant un méningiome, par M. A. JENTZER .....	833

## SOCIÉTÉS

---

### Société de Neurologie de Paris

	Pages
Séance du 10 janvier 1935 .....	134
Séance du 7 février 1935 .....	321
Séance du 7 mars 1935 .....	523
Séance du 4 avril 1935 .....	663

### Société de Médecine légale de France

Séance du 14 janvier 1935 .....	136
Séance du 8 avril 1935 .....	666

### Société française de Psychologie

Séance du 17 janvier 1935 .....	326
Séance du 14 février 1935 .....	527
Séance du 17 mars 1935 .....	527
Séance du 4 avril 1935 .....	667
Séance du 23 mai 1935 .....	821

### Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 22 décembre 1934 .....	137
Séance du 26 janvier 1935 .....	327
Séance du 23 février 1935 .....	528
Séance du 30 mars 1935 .....	668
Séance du 27 avril 1935 .....	822

### Société belge de Neurologie

Séance du 22 décembre 1934 .....	139
Séance du 23 février 1935 .....	529
Séance du 30 mars 1935 .....	669

## VARIÉTÉS

---

Académie de Médecine : Election .....	360
Asiles publics d'aliénés : Nécrologie .....	166
— — Légion d'Honneur .....	166
— — Nominations .....	167, 357, 551
— — Hommage au D <sup>r</sup> COLOMBANI .....	167
— — Concours sur titres pour le recrutement d'un médecin-chef du Service de psychiatrie à l'hôpital civil de Constantine .....	167

	Pages
— — « Pallas », nouvelle revue médicale .....	168
— — Postes vacants .....	358, 551, 883
— — Concours pour 8 places de Médecin des Asiles publics d'aliénés .....	358, 884
— — Association mutuelle des Médecins aliénistes de France .....	358
— — Société médicale des Asiles de la Seine .....	359
— — Médaille d'honneur de l'Assistance publique ..	707
— — Conseil supérieur de l'Assistance publique ..	708
— — Une rue Magnan à Suresnes .....	883
Congrès (2 <sup>e</sup> ) International d'Hygiène mentale (Paris, 27-31 juillet 1936) .....	170, 359
— Séances du Congrès .....	170
— Programme des séances .....	170
— Réceptions, excursions, visites .....	173
— Exposition d'hygiène mentale .....	173
— Inscriptions .....	173
Hôpitaux et Hospices : Hôpital de Saint-Nicolas-du-Port .....	359
Hygiène et Prophylaxie : XXV <sup>e</sup> Anniversaire du Comité national d'Hygiène mentale des Etats-Unis d'Amérique ..	169
— — La stérilisation légale en Allemagne .....	886
— — Vœux émis par le 8 <sup>e</sup> Congrès des éducateurs d'enfants arriérés (Yvetôt) .....	886
— — Les suicides en Suisse .....	887
Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police .....	551
Ministère de la Santé publique : Nominations .....	166
Nécrologie : G.-Gatian de CLÉRAMBAULT (1872-1934) .....	174
Réunions et Congrès : Société suisse de Psychiatrie .....	359
— — Ligue nationale belge d'Hygiène mentale .....	359
— — Congrès neurologique international (Londres, 29 juillet-2 août 1935) .....	551
— — Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association .....	552
— — XV <sup>e</sup> Congrès des Psychiatres polonais .....	552
— — Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (39 <sup>e</sup> session, Bruxelles, 22-28 juillet 1935) .....	708
— — 3 <sup>e</sup> Réunion européenne d'Hygiène mentale .....	712
— — Centenaire de V. Magnan .....	884
— — XX <sup>e</sup> Congrès international de médecine légale et de médecine sociale de langue française (Bruxelles, 17-20 juillet 1935) .....	885
Société Médico-Psychologique : Séances .....	164, 357, 550, 707, 883
— — Centenaire de Magnan ..	164, 357, 550, 707
— — Dîner annuel .....	164, 357, 550, 707
— — Prix de la Société, année 1936 .....	165
— — — — — année 1937 .....	166
— — Nécrologie .....	550

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIERES (1)

## A

Accidents de la rue (les facteurs psychologiques des) (GEMELLI et PONZO), 161.

Acoustique (tumeurs bilatérales de l') et neurofibromatose (L. van BOGAERT), 698.

— (les signes vestibulaires des tumeurs de l') (M. AUBRY, J. DARQUIER et P. SCHMITE), 860.

Adaptation et Fatigue (F.-C. BARTLETT), 144.

Addison (maladie d') fruste et prolongée (M. FAURE-BEAULIEU, L. LYONCAEN et M. BRUNEL), 874.

Albumine (l') du liquide cérébro-spinal. Nouvelle réaction de superposition (Mariano GORRIZ et Pedro MARTINEZ), 158.

Alcool (injections intraveineuses. d') (Henry C. MEHRTEUS et Henry W. NEWMAN), 353.

Alcoolique (le sentiment éthique chez l') (E. STOERR), 337.

Algie faciale traitée par l'alcoolisation (ALAJOUANINE et THUREL), 526.

Algies de la face (formes cliniques et traitement des) (Paul NAYRAC), 544.

— et tumeurs. Action du venin de cobra (A. ORTICONI), 545.

Aliénés (internement et stérilisation des) (DORNEDDEN), 161.

— criminels (internement des). Juridiction répressive ou juridiction civile ? (Xavier ABÉLY), 234.

— migrants (LÉVY-VALENSI, J. BOREL et Mlle M. DEROMBIES), 634.

Allergie syphilitique chez le paralytique général malarisé (Jean MIGNARDOT), 842.

Altération fibrillaire d'Alzheimer (P. DIVRY), 697.

Ambosexuels (caractères) et ambosexualité des hormones sexuels (Jean TUSQUES), 842.

Amytal sodique (injections intraveineuses d') (W.-F. LORENZ, H.-H. REESE et Annette-C. WASHBURN), 882.

Ammoniémie (l') dans les accidents éclamptiques (J. BOTELLA LLUSIA), 865.

Angiodynamique des membres et lésions du système nerveux de la vie de relation (Robert LAFON), 340.

Angiographies de la circulation de la tête (Égas MONIZ, Almeida LIMA et Pereida CARDAS), 699.

Année (l') psychologique (Henri PIÉRON), 338.

Anormaux à tendances antisociales (possibilités de traitement et de rééducation des) (Louis VERVAECK), 349.

Anosmie et agnosie d'origine traumatique (J. HELSMOORTELT jr., René NYSEN et THIENPONT), 688, 834.

Anxiété (traitement de l') par la vagotonine (P. CASTIN, Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL et P. GARDIEN), 51.

— (l') biliaire (H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU), 477.

Aphasie progressive sans troubles mentaux importants (P. DIVRY et M. MOREAU), 137.

— croisée (G. MARINESCO, D. GRIGORESCO et S. AXENTE), 324.

— par artérite syphilitique ? (Th. SIMON et G. FERDIÈRE), 797.

Arachnoïdite opto-chiasmatique (Manuel BALADO), 148.

— (mélancolie symptomatique d'une) cérébrale (H. BAONVILLE, J. CAHEN, J. LEY et J. TITECA), 532.

— spinale (Jean CAHEN et Jacques DAGNELIE), 694 ; (G. MARINESCO, Stăte DRAGANESCO et T. HORNET), 694.

Arachno-radiculite antérieure (BARRÉ), 526.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

**Argentothérapie** par voie rachidienne dans la chorée de Sydenham (A. BORGES FORTES et Mme Eurydica de MAGALHAES), 543.

**Argyll-Robertson** (signe d') et zona ophtalmique (J. FRANÇOIS), 835.

**Arriérés** (cerveaux d'). Rapports de la structure cérébrale et des fonctions mentales (R.-J.-A. BERRY et R.-M. NORMAN), 863.

**Art** (l') primitif (G.-H. LUQUET), 144.

**Artère sylvienne** (l'oblitération complète de l') (P. LECÈNE et J. LHERMITTE), 153.

**Artériographie** du cerveau (Otakar HNEVKOVSKY), 686.

**Assistance** (l') aux aliénés en France en 1931 (M. DESRUELLES et J. LAUZIER), 876.

— (faits historiques de l') et de la psychiatrie mexicaines (RAMIREZ MORENO), 876.

— sociale des phrénasthéniques (José M. LAURNAGARAY), 877.

**Ataxie** aiguë primitive (RISER, MÉRIEL et PLANQUES), 857.

**Athétose** double et rigidité progressive (Mario GOZZANO), 690.

**Atropine** (le traitement par le sulfate d') du syndrome parkinsonien encéphalitique (E. BAUER, J. GOLSE et G. MARQUET), 420.

**Attentat** (l') d'Orsini (Marcel ROUGEAN), 334.

— contre les chemins de fer, Sylvestre Matuska (Jules DONATH), 666.

**Automatisme mental** (syndrome d') et délire spirite (L. MARCHAND, Mlle P. PETIT et J. FORTINEAU), 461, 643.

## B

**Bacille tuberculeux** (culture du) chez quelques malades du système nerveux (C. TRABATTONI), 867.

**Balnéation** (modifications chimiques du sang produites dans l'hyperpyrexie par) (Mme Helen HOPKINS), 864.

**Barbituriques** (traitement des intoxications) par la strychnine (René MOREAU et J. STERNE), 356.

**Barrière hémato-encéphalique** (Wm. MALAMUD, W.-R. MILLER et B.-M. MULLINS), 867 ; (Lina STERN), 867.

— dans la méningite aseptique provoquée (Fernandino BARISON et Luigi TELATIN), 868.

**Basophilisme** pituitaire de Cushing (ANDERSEN), 140.

**Basedow** (maladie de). Hérédité (Marcel LABBÉ), 159.

— — — Le souffle continu thyroïdien supérieur (Camille LIAN, Louis LYON-CAEN et Roger DUMÉRY), 159.

— — — et arythmie complète (BASCOURRET), 873.

**Benjoin colloïdal** (mécanisme physico-chimique de la réaction du) (Curt BRUCH), 840.

**Biermer** (maladie de) (LARUELLE), 324.

**Bismuthothérapie** endocrinienne dans la neurosyphilis (Roque ORLANDO et Walter GROBLI), 355.

**Brome** (modifications du) hémétique pendant les accès convulsifs (Giuseppe CURTI), 865.

**Bromothérapie** (O. WUTH et A. HENNICH), 879.

**Bruit** (l'influence du) sur la santé nerveuse (BERSOT), 828.

**Bulbocapnine** (substances antagonistes de la) (DIVRY et EVRARD), 700.

## C

**Calcifications** intracrâniennes en dehors des tumeurs (DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU), 697.

**Calciothérapie** et auto-hémothérapie associées (G. ASCHIERI), 878.

**Calotte protubérantielle** (syndrome de la) (J. LHERMITTE, J. HAGUENAU et J.-O. TRELLES), 324.

— pédonculaire (syndrome de la) et de la région des tubercules quadrijumeaux (J.-A. CHAVANY et P. LEMOINE), 692.

**Caractérielles** (les propriétés) (Franziska BAUMGARTEN), 839.

**Catonie** (la) expérimentale colibacillaire (H. BARUK), 154.

**Cathéter** gastro-duodéal (Louis CAMUS), 102.

**Cavités** cérébrales (exploration radiologique des) (Paul NAYRAC), 536.

**Cellule nerveuse** (l'appareil périphérique de la) (Giovanni FATTOVICH), 698.

**Céphalo-rachidien** (Liquide). Composition au niveau du trou occipital et des crêtes iliaques (A. BARLOVATZ), 158.

— — — des déments précoces (G.-P. TOYE), 341.

— — — du cadavre. Mesures hydros-tatiques (Ferdinando BARISON), 353.

— — — La réaction de Taccone (Attilio DE MARCO), 869.

— — — La réaction de Boltz (Eustachio ZARA), 869.

— — — dans l'épilepsie (A.-E. KOULKOW), 869.

— — — des paralytiques malarisés (Cesare RONCATI), 870.

- des paralytiques généraux. Recherche du spirochète (FRANCESCO VIZIOLI), 870.
- dans la syphilis (L. HIRSCH), 871.
- Cérébelleuse (le syndrome de la ligne médiane) (JUAN-M. OBARRIO, ERNESTO DOWLING et EDUARDO-A. PEDACE), 691.
- (l'atrophie) tardive avec rigidité (VICENTE DIMITRI et MARCOS VICTORIA), 691.
- Cérébelleux (syndrome) localisé (ANDRÉ THOMAS et HAGUENAU), 665.
- (syndrome) progressif avec nystagmus du voile du palais et du larynx (L. VAN BOGAERT), 833.
- Cerveau (abcès du). Ablation (CLOVIS VINCENT), 136.
- (l'organe sous-commissural du) (KNUD H. KRABBE), 151.
- (études graphologiques sur des blessés du) (E. FEUCHTWANGER), 533.
- Cervelet (les suppléances fonctionnelles après ablation chirurgicale de la moitié du) (G. DE MORSIER et A. JENTZER), 831.
- Chiasma optique. Structure (MANUEL BALADO et JORGE MALBRAN), 352.
- Chiasmatique (ablation d'une tumeur) (P. MARTIN), 669.
- Chlore (métabolisme du) dans l'anorexie et la sitiophobie (MARES CAHANE), 193.
- Cholestérol (le) dans les troubles mentaux (A. GLEN DUNCAN), 156.
- Chordome (compression des nerfs crâniens par un) (TINEL), 665.
- Chorée progressive chronique (la localisation striée dans la) (M. NEUSTAEDTER), 152.
- de Sydenham (altérations de la personnalité après la) (STEPHAN KRAUSS), 676.
- Choroidiennes (les formations) (MAFFO VIALLI), 696.
- Chrysothérapie (la) prolongée chez les déments précoces anciens (HYVERT, STOERR, G. et M. COHN), 497.
- (accidents nerveux de la) (J.-A. CHAVANY et A. CHAIGNOT), 543.
- Circonvolution (une) de passage entre l'île de Reil et le rhinencéphale (E. LANDAU), 832.
- Clinique psychiatrique de Strasbourg (travaux de la) (PFERSDORFF), 332.
- Code Pénal (les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du) (G. HEUYER), 300 ; (M. DESRUELLES), 310 ; (XAVIER ABÉLY), 474.
- Compressions médullaires (la radiothérapie et le traitement chirurgical des) (J. HAGUENAU), 546.
- Confusion mentale (traitement des états de) (CONRADO O. FERRER), 880.
- Conjugale (les perturbations dans la vie) (W. MORGENTHAUER), 828.
- Conscience et hypophyse (M. DANEZ et L. HUSZÁK), 705.
- Constitution (le rôle de la) dans les troubles psychiques réactifs (M. ZIELINSKI), 852.
- Contracture hystérique; étude électromyographique (H. BARUK et R. KOURILSKY), 90.
- et crise jacksonienne post-apoplectique. Traitement chirurgical (G. DE MORSIER et R. FISCHER), 545.
- Convulsions expérimentales (modifications de concentration du calcium et du phosphore au cours des) (MME HELEN C. COOMBS, DONALD-S. SEARLE et F.-H. PIKE), 701.
- expérimentales par injections d'extrait cérébral (S. OBRADOR et A. KUTZ), 865.
- de cause indéterminée (J.-M. NIELSEN), 866.
- Cornes antérieures (syndrome progressif des) (FAURE-BEAULIEU et WEISSMANN-NETTER), 323.
- Corticale (cyto-architectonie) de la chauve-souris (LUIGI TOMASI), 150.
- Cotard (syndrome de). Psychogénèse et valeur pronostique (OSVALDO LOUDET et LUIS MARTINEZ DALKE), 851.
- Couche optique (tumeur de la) avec attitude anormale de la tête (P. DIVRY), 692.
- Craniopharyngiomes (ANDRÉ BOUSQUET), 840.
- Crime (le) instinctif (WALTHER RIESE), 347, 348.
- (prophylaxie du) (L. VERNON BRIGGS), 548.
- Cyphose comme expression d'hérédodégénérescence du système nerveux (S. LAGERGREN), 693.

## D

- Débile mental (le) (de GREEFF), 678.
- Débile mentale calculatrice du calendrier (Gonzalo R. LAFORA), 852.
- Déficients anatomiques (comportement fonctionnel des) (K.-M. WALTHARD), 831.
- Délire à cinq (G. HEUYER, DUPOUY, MONTASSUT et AJURIAGUERRA), 254.
- de grosseur chez des sujets masculins (FOCQUET), 328.
- d'interprétation (exhibitionnisme féminin par) (Th. SIMON et G. FERDIÈRE), 430.
- d'interprétation et tumeurs cérébrales multiples (d'HOLLANDER et LEROY), 529.
- romanesque de rêverie (G. HEUYER et AJURIAGUERRA), 647.

- de négation de grossesse au cours de la gestation (M. LAIGNEL-LAVASTINE, Georges D'HEUCQUEVILLE et René DELAÎTRE), 800.
- (croyance dans la réalité du) (Maurice BEAUJARD), 838.
- spirite (Fernando GORRITI), 848.
- Délires systématisés secondaires (André SOLAS), 334.
- Delirium tremens chez un alcoolique chronique après une injection de Novarsénobenzol (TINEL et PICHARD), 659.
- Démence alcoolique polynévritique et contracture des fléchisseurs de la main (Paul COURBON et Louis MARS), 437.
- paranoïde à début hypocondriaque déterminé par une tumeur abdominale (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 528.
- consécutive à une vaccination anti-variolique (G. HEUYER et Mme ROUNDESCO), 655.
- , confusion, délire (de GREEFF), 668.
- organique (ROUVROY), 669.
- progressive chez un sujet jeune (G. VERMEYLEN, H. BAONVILLE, J. HEERNU, J. LEY et J. TITECA), 682.
- Démence précoce post-traumatique (Louis Le GUILLANT et Pierre MARESCHAL), 447 ; (L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle PETIT), 639.
- (sensibilisation à la tuberculose dans la) (Jean MAILLEFER), 342.
- (la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans les états dits de) (Henri CLAUDE et J. DUBLINEAU), 513, 553.
- (le concept de la) comme entité-maladie spécifique (Jacob H. CONN), 681.
- diagnostiquée cliniquement. Considérations histopathologiques (Armando FERRARO), 863.
- . Recherche du bacille de Koch par hémoculture (RODIET, A. NEVOT et J. MAILLEFER), 866.
- Démence sénile. Les plaques séniles et la dégénérescence d'Alzheimer (P. DIVRY), 822.
- Démences infantiles (Jean de CHABERT), 333.
- Déments (voyage au pays des) (Georges IMANN), 345.
- Différenciation cellulaire (philosophie de la) (Max ARON), 698.
- Dimension (psychogénèse de la troisième) (G. POUILLARD), 684.
- Diplégie faciale cérébrale (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 149.
- Douleurs alternes d'origine protubérantielle (ALAJOUANINE, THUREL et HORNET), 135.

- Dysostose cranio-faciale (étude otologique de la) (AUBRY), 823.
- Dystrophie adiposo-génitale et psychose paranoïde (Tomaso SENISE), 874.

## E

- Echo (l') de la lecture et l'écho de la pensée (Ferdinand MOREL), 674.
- Embolies gazeuses (les manifestations cérébrales des) (J. LHERMITTE et CASSAIGNE), 686.
- Encéphalite psychosique aiguë azotémique (traitement de l') (M. COHN), 346.
- Encéphalite épidémique (délire d'interprétation après) (L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT), 98.
- de la première enfance. Manifestations psychiques et psychomotrices tardives (V. PETRI), 679.
- chronique (troubles de la marche dans l') (Theodor DOSUZZKOV), 689.
- Encéphalographie (valeur de l') dans les traumas cranio-cérébraux (Adrien LIPPENS et Léo DEJARDIN), 686.
- Endocrinien (complexe) (FLAMENT), 531.
- Endocriniennes (activités) dans le sérum (RICHARD), 872.
- Ephédrine (l') et la tolérance du glucose dans la psychose maniaque-dépressive (E. IRAZOQUI et N. ANCOCHEA), 155.
- Epilepsie d'apparence banale opérée et guérie (BARRÉ et Clovis VINCENT), 136.
- (le facteur hypoglycémique dans l'étiologie de l') essentielle (R.-L. HAVLAND MINCHIN), 155.
- à début brusque, forme grave et processus encéphalitique (Henri CLAUDE, Marcel CARON et Paul SIVADON), 293.
- (traitement de l') par les sels de Bore (Th. BOVER), 543.
- (thérapeutique endocrinienne dans l') (Calvert STEIN), 544.
- (l') cardiaque (Serge VIALARD), 687.
- tardive d'origine endocrino-hypophysaire (H. HIGIER), 705.
- , maladie héréditaire ? (Henri VIGNES), 706.
- pleurale (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 822.
- (le substratum cérébral dans l') (W. SCHOLZ), 863.
- et surrénales (Georg LENART et Emile V. LEDERER), 874.
- Epiphysaires (tumeurs) (DAVID), 666.
- Epreuve rotatoire (troubles consécutifs à l') (BARRÉ, KABAHER et CHARBONNEL), 323, 524.
- (l') (DELMAS-MARSALET), 664.

Eugénique, 343.

Expertise psychiatrique (DERVIEUX), 136; (André CEILLIER), 548; (O. HINRICHSEN), 823.

Experts (du droit des) de s'entourer de tous renseignements utiles et de consulter un spécialiste (MULLER), 137.

## F

Face (développement des mouvements volontaires de la) (L. KWINTÉ), 624.

Facteur humoral (le) dans les localisations des altérations dégénératives centrales (Y. UCHIMURA), 696.

Fibroblastomes méningés (J. PUIG SURRÉDA et E. TOLOSA), 690.

Friedreich (maladie de) à forme abortive (J. LHERMITTE et J. de MASSARY), 134; (M. MOLLARET), 321.

## G

Gaiac (la réaction bicolore au) dans la pratique mentale (S.-W. HARDWICK), 868.

Ganglions sous-trapéziens et névralgies brachiales d'origine dentaire (Jean VEYRASSAT), 352.

Glial (tissu) chez les jeunes animaux (V. TRONCONI), 150.

Gliomatose bulbaire (LHERMITTE, MONIER-VINARD et TSOCHANAKIS), 524.

Gliomes alvéolaires. Cytologie (RAMIREZ-CORRIA et CORACHAN), 698.

Glosso-pharyngien (physiologie du nerf) (B. POMMÉ et J. DUGUET), 859.

Glycémie (la) dans ses rapports avec les états émotionnels (John-C. WHITEHORN), 866.

Gomme intracérébelleuse caséifiée à symptomatologie démentielle et tumorale (A. BODART), 139.

Graves (syndrome de). Interprétation psychanalytique de la constitution (Alex LORAND et Eli MOSCHOWITZ), 351.

Grossesse (idées de) chez l'homme (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 138.

## H

Hallucination (le problème de l') en 1855 et à l'état actuel (Henri EY), 584.

Hallucinations visuelles de type hypnagogique (P. BALVER), 548.

— lilliputiennes et brobdignagiennes (C.-J. THOMAS et G. W. T. H. FLEMING), 677.

Hématome sous-dural chronique (van GEUCHTEN), 331; (DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU), 670.

Hématoporphyrine. Indications thérapeutiques (Jean VINCHON), 354.

— (l') dans le traitement de la mélancolie endogène (J. HÜBNERFELD), 355.

— dans les psychoses (Edward A. STRECKER, Harold P. PALMER et Francis J. BRACELAND), 879.

Hémiatrophie faciale (pathogénie de l') (N. JONESCO-SISESTI), 858.

Hémiplégie chez un nourrisson (BABBONEIX et J. LHERMITTE), 523.

— progressive due probablement à une atrophie cérébrale (CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU), 530.

Hémisphères cérébraux (morphologie de la surface externe des) chez les Japonais (Haruyosi KOIKEGAMI), 697.

Hémorragie d'un hémisphère cérébelleux et du IV<sup>e</sup> ventricule (BARRÉ et Mlle ROUSSET), 665.

Hémorragies méningées avec troubles mentaux prédominants (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 528.

Hérédité (l') dans l'indigence intellectuelle et l'épilepsie (WEYGANDT), 827.

Hérédo-akinésie paroxystique douloureuse (A.-E. KOULKOV), 688.

Hermaphroditisme avec macrogénitosomie (Mme SORREL-DÉJERINE et SORREL), 322.

Homoérotisme et Paranoïa (A. A. BRILL), 351.

Homo-sexualité et psychopathies (Pierre HUMBERT), 836.

Hygiène mentale (les limites de l') (ALEXANDER), 327.

— (A. RÉPOND), 826; (J. KLAESI), 827.

— (l') en Belgique (G. VERMEYLEN), 827.

— du travail et prophylaxie des accidents (S. BLUM), 828.

— générale (les fondements de l') (TRAMER), 829.

Hyperparathyroïdie et ostéite fibrokytique généralisée (A. RAVINA et Simone LYON), 873.

Hyperpnée et tremblement parkinsonien (R. NYSEN, R. DELLAERT et A. van PEETERSSEN), 670.

Hyperthyroïdisme (la di-iodo-tyrosine dans le traitement de l') (Donato BOCCIO et Antonio E. TORRE), 355.

— (Röntgenthérapie de l') (Martin MIRANDA GALLINO), 546; (M. MIRANDA GALLINO et Federico VIERI-ELLER), 547; (Eduardo L. LANARI et José GUTIÉRREZ), 547.

— (électrothérapie de l') (Alberto MARQUE), 547.



— et trauma psychique (Anibal d'ANGELO RODRIGUEZ et Silverio LEITMAN), 873.

**Hypocondriaques** (le sentiment de « détachement » chez les) (A. ROVASIO), 674.

**Hypocondrie** (syndrome mixte d') (Paul COURBON et Louis MARS), 84.

**Hypophyse** (maladies de l') (Tracy J. PUTNAM), 158.

— (action de l') sur la thyroïde chez la grenouille (Alberto L. MAGDALENA), 159.

— (tumeur de la région de l') à symptomatologie complexe (X. ABÉLY et COULÉON), 279.

— (tumeurs de l') (G. ROUSSY et Ch. OBERLING), 353.

— (le lobe intermédiaire de l') (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 862.

**Hypopituitarisme** dit fonctionnel (Dominic A. de SANTO), 705.

**Hypothalamus** (rôle de l') dans la régulation de la pression sanguine (Louis LEITER et Roy R. GRINKER), 864.

**Hystériques** (les psychoses) (B. SLOTPOLSKY-DUKOR), 675.

## I

**Idiotie thymique** de H. Vogt (Karl KAHLE), 161.

**Image visuelle** (changements métriques et formels de l') (L. van BOGAERT), 330.

**Impuissance** (l') virile émotive et son traitement (P. HARTENBERG), 356.

**Indigènes musulmans** (les troubles mentaux des militaires) de l'Afrique du Nord (M. COSTEDOAT), 675.

**Infundibulaire** (centre nerveux) régulateur de la fonction génitale (Mares et Tatiana CAHANE), 536.

**Infundibulo-tubérien** (syndrome) pseudo-hypophysaire (J. LHERMITTE et Ph. PAGNIEZ), 693.

**Inhibition** (la nature de l') (W.-R. ASHBY), 699.

**Injustice** (le sentiment d') subie en pathologie criminelle (Et. de GREEFF), 361.

**Inoculations** de tréponèmes mobiles prélevés sur un paralytique général (A. BESSEMANS), 704.

**Intelligence** (l') (G. REVAULT d'ALLONNES), 683.

**Intimidation** (efficacité de l') sur le délire de jalousie (Paul COURBON et Maurice LECONTE), 791.

**Intoxication** par l'oxyde de carbone et hémorragie méningée (G. VERMEYLEN et J. HEERNU), 668.

## K

**Kinésithérapie** (le rôle de la) dans la récupération des fonctions nerveuses (H. BERSOT et H. BRANDT), 832.

**Korsakoff** (syndrome de) (CARON et Ch. H. NODET), 442.

**Kottmann** (réaction de) (J. R. HELLUY), 841.

## L

**Langage** (les applications de l'analyse électro-acoustique à l'étude de la psychologie du) (A. GEMELLI), 821.

**Lésion circonscrite** avec perturbations fonctionnelles très variées (K. GOLDSTEIN), 860.

**Lésions en foyer**. Perturbations fonctionnelles très variées (E. ROTHMANN), 532.

**Lindau** (maladie de) (F. LOTMAR), 832.

**Lipiodol** (mise en évidence du 3<sup>e</sup> ventricule par le) (P. MARTIN et L. van BOGAERT), 671.

**Lipoides** (les) du plasma dans la dépression mentale (David SLIGHT, C. N. H. LONG et Ruth W. SALTER), 156.

— (métabolisme des) dans les troubles mentaux (J. S. SHARPE), 701.

**Luminal** (point d'attaque du) dans le cerveau (E. SAHLGREN), 700.

**Lymphocytose** (la) céphalo-rachidienne (Jacques CARLES et MASSIERE), 157.

## M

**Magnan** (V.) (1835-1916) (Paul SÉRIEUX), 713.

— dans son service de l'Admission à l'Asile Sainte-Anne (Th. SIMON), 745.

— (l'œuvre anatomo-clinique de) (P. GUIRAUD), 729.

— et ses études sur l'alcoolisme (R. MIGNOT), 738.

— (les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles dans l'œuvre de) (Cl. VURPAS), 748.

— (l'œuvre médico-légale de) (V. TRUELLE), 760.

— (l'influence de) sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés (M. DESRUELLES), 772.

**Magnésium** du sang et du liquide céphalo-rachidien (A. PUCA), 867.

**Maladies mentales** (les troubles hépatiques dans les) (Ottar LINGJAERDE), 334.

— (les troubles organiques satellites des) (Pierre DOUSSINET), 356.

- Malariathérapie** (les centres de) (MARIE, SOUQUES, DOPTER, BRUMPT, CLAUDE et MARCHOUX), 539; (Manuel-M. CABEZA), 540.
- (10 ans de) de la paralysie générale (M. WEBER), 540.
- des psychoses non luétiques (Waldemiro PIRES), 541.
- dans l'enfance (Manuel NEUMANN), 881.
- Maniaque-dépressive** (psychose) chez un enfant avec troubles endocriniens (K. DUSSIG), 682.
- — — Changements de la pigmentation cutanée (N.-A. SCHEVELEV), 850.
- Mégalocéphalie** avec glioblastomatosc diffuse (Arthur WEIL), 153.
- Mélancolie**. Revue historique. Aperçu clinique des états dépressifs (Aubrey J. LEWIS), 849, 850.
- Méningiome parasagittal** ? (P. MARTIN), 833.
- Méningite séreuse** (José Maria MACERA, Just. TISCORNIA et R. S. REY SUMAY), 687.
- Méningo-encéphalite** de la substance grise des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ventricules (Donald SHEEHAN), 861.
- Méningo-myélite** causée par la fièvre ondulante, bacille de Bang (Knud-H. KRABBE), 856.
- Métacontraste** (le processus du) (Henri PIÉRON), 326.
- Microglie** (la) et les cellules granulo-graisseuses embryonnaires (T. KAMIMURA), 695.
- (origine de la) (Diego FERRER et Ignacia SALVANS), 695.
- (impregnation de la) sur les tissus fixés par la formaline (Filippo CARDONA), 695.
- Mineur délinquant** (instabilité du) (Paul DESORTES), 844.
- Moelle** (compression de la) par tumeur et syphilis (J.-A. CHAVANY), 546.
- épinière (restitution fonctionnelle et régénération organique dans les traumatismes de la) (J. LHERMITTE), 831.
- (maladies familiales de la) (G. MARINESCO, M. MANICATIDE et N. JONESCO-SISESTI), 855.
- Morphinomanes** (désintoxication des) par les émulsions de lipides (Maurice DELAVILLE et Roger DUPOUY), 879.
- (traitement des) par l'oxygène, le glucose et l'insuline (W. JANUSZ), 880.
- Mort** (la notion de la) dans les rêves (Lionel LANDRY), 143.
- (la) subite dans les états démementiels organiques (L. CORMAN et A. JARRY), 667.
- Mouvements des idiots et des catatoniques** (PFERSDORFF), 825.
- Musica mentis medicina** (J. H. T. DUGGAN), 877.
- Mutisme** (méthode pour faire parler les malades atteints de) (Rosa BELBINCIONI), 878.
- Myéline** (coloration de la) (L. LISON et J. DAGNELIE), 697.
- Myélome** de la colonne vertébrale avec crampes épileptiformes (Mogens ELLERMANN et George SCHROEDER), 856.
- Myoclonies vélo-pharyngées et oculaires** (ALAJOUANINE, THUREL et HORNET), 663.
- hypniques physiologiques (origine des) (Giuseppe PINTUS et Andrea FALGUI), 687.
- Myopathies** (la thérapeutique moderne des) (A. RAVINA), 544.
- Myotonie atrophique** avec cataracte (Leo L. MAYER et Joseph A. LUHAN), 148.
- atrophique (J. de BUSSCHER et L. MASSION-VERNIORY), 688.

## N

- Nanisme** avec alopecie décalvante totale (P. van GEUCHTEN et APPELMANS), 140.
- Narcolepsies** (J. NOTKIN et Smith Ely JELLIFFE), 535.
- Narcoleptique** (le syndrome) (H. REINWEIN), 705.
- Narcose** continue par le somnifène (S. SCHRIJVER-HERTZBERGER et D. SCHRIJVER), 702.
- prolongée (traitement par la) avec l'acide diallylbarbiturique (Alexander B. MAGNUS), 882.
- Nerfs spinaux** (structure des fibres des) (M. SCINTÉ), 864.
- Neurofibromatose** (lésions osseuses dans la) (Marcos STEINLEGER et Isodoro SLULLITEL), 694.
- Neurosyphilis** (l'amylase du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la) (Gustavo DESANA), 157.
- Neuro-végétatif** (le système) dans l'hypertension artérielle permanente (Jean OLMER et Jean CARBONEL), 685.
- Névralgie faciale** par hémato-bulbie (J. LHERMITTE, J. de MASSARY et BONHOMME), 525.
- faciale (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 858.
- Névraxite**. Epidémie locale (L. Le GUILANT et Pierre LÔO), 115, 394.
- Névrite ascendante** avec lésion médullaire et névrome radiculaire consécutive (J. LHERMITTE, Gabrielle LÉVY et J.-O. TRELLES), 135.

- isolée d'un rameau sensitif d'un nerf mixte (Alfred GORDON), 352.
- optique rétrobulbaire au cours du traitement stovarsolique (Paul ABÉLY et Nicolas SALGO), 514.
- hypertrophique familiale (J. de BUSSCHER et L. van BOGAERT), 530 ; (A. DELAHAYE et Ludo van BOGAERT), 860.
- Névrose traumatique (N. PRÄGER), 549.
- obsessionnelle et paranoïa. Essai d'interprétation physiologique (I. P. PAVLOV), 699.
- Névroses. Rapports avec les troubles psychiques réactifs (BOROWIECKI), 852.
- réactives (E. ARTWINSKI), 853.
- Nœvus de la face et tumeur cérébrale (Anselme LAFON), 839.
- Nombre (la fabrication du) (Henri DELACROIX), 684.
- Noyau Caudé (ramollissement traumatique au niveau du) (J. BOVY et P. DIVRY), 693.
- Noyau Dorsal et Faisceau Dorsal spino-cérébelleux (I.-J. PASS), 151.
- Noyaux Gris centraux (abcès de la région des) secondaires à une suppuration pulmonaire (André-THOMAS), 325.
- Nystagmus du voile du palais (le problème anatomique du) (HILLEMANT CHAVANY et TRELLES), 325.

## O

- Obsession. Guérison par la réalisation de l'idée obsédante (G. HEUYER et NACHT), 114.
- Obsessions suivies de réalisation (Cl. VURPAS, O. CROUZON et P. CHAPIREAU), 453.
- Occipito-frontal (le mythe du faisceau) (Joshua ROSETT), 152.
- Occultisme. Astrologues, voyantes, cartomanciennes (L.-H. COUDERC), 338.
- Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques (Pierre MASQUIN et Jacques BOREL), 847.
- Opposition (la réaction d') chez l'enfant (G. HEUYER et J. DUBLINEAU), 679.
- Orientation (la pathologie de l') dans le temps au cours des processus pathologiques organiques (L. G. TCHLENOW et Mme I. B. EIDINOWA), 674.
- professionnelle des mineurs délinquants (Henri ROBBE), 845.
- Oxycéphalie avec exophtalmie à prédominance unilatérale (J. de BUSSCHER), 834.
- Oxycéphalo-syndactylie (Aloysio de CASTRO), 690.

Oedème temporal dans la thrombophlébite fronto-ethmoïdale (von CANEGHEM), 690.

## P

- Pachyméningite chronique et hémangiome caverneux rétro-oculaire (A. JENTZER), 833.
- Paludisme autochtone au voisinage de l'Asile de Maison-Blanche (René MARTIN, CHASSIGNEUX et ROUESSE), 538.
- Paralysie bulbaire infectieuse (P. REMLINGER et J. BAILLY), 149.
- agitante primaire (J.-Ramsay HUNT), 152.
- (note psychologique sur un cas de) (L. DUGAS), 685.
- ascendante de Landry avec névrite optique double (R.-A. LEY et Ludo van BOGAERT), 857.
- faciale, congénitale et héréditaire (C.-J.-A. van ITERSOM), 858.
- facio-glosso-pharyngo-laryngée et masticatrice (Paul MICHON et C.-A. PIERSON), 859.
- Paralysie générale avec pyrétothérapie. Modifications sérologiques (José SALAS et José SOLÉS), 156.
- (la relation albumino-cytologique dans le pronostic de la) (Antonio SICCO), 157.
- (puérilisme dans la) (HUMBERT et MICOU), 466.
- Technique de la cure malarique (HUMANN), 540.
- juvénile (Léon de Vos et Ludo van BOGAERT), 882.
- et aortite (P. HUMBERT), 802.
- thérapeutique (Rosario AMABILINO), 843.
- post-traumatique (MOHAMED-BAGHAÏ), 843.
- malarisée (M. KAPLINSKY et P.-E. LUSTERNIK), 845.
- (la formule leucocytaire dans la) (Oswaldo MECO), 866.
- (perméabilité des méninges dans la) à divers ambocepteurs (Mario PIOLTI), 870.
- Paralysies ascendantes aiguës (H. ROGER), 149.
- Paralytiques généraux malarisés (Zacheu ESMERALDO), 161.
- Infectiosité spécifique des ganglions de l'aîne (A. BESSEMANS, J. van HEE et J. van HAELEST), 703.
- malarisés (délires secondaires des) (A. FASCIOLI et R. AGORIO), 846.
- malarisés (niveau mental des) (SOSSET), 848.
- Paranoïaque (le syndrome) symptomatique (Julien DRETHER), 849.

- Paranoïas** (les) et la psychanalyse (Paul SCHIFF), 536.
- Paranoïdes** (diagnostic des états) (J. Vié et P. QUÉRON), 284.
- Paraplégie spasmodique familiale** de Strümpell-Lorrain, formes très tardives (L. van BOGAERT), 140.
- flasque atrophique consécutive à une dysenterie amœbienne (L. BABBONNEIX, Maurice LÉVY et Laurent GOLÉ), 321.
- Paraspasme facial bilatéral** (A. LEROY), 858.
- Parathyroïdes** (effets de la résection du ganglion sympathique cervical supérieur sur les) (René LERICHE, Adolphe JUNG et E. WORINGER), 160.
- Parathyroïdisme** (hyper-) expérimental (PERGOLA), 160.
- Parkinsonien** (essai chirurgical du traitement du syndrome) (DELMAS-MARSALET), 664.
- Parkinsoniens** (les syndromes) (André BAUDARD), 336.
- (les troubles mentaux associés aux crises oculogyres dans les syndromes) (Georges ZAVITZIANOS), 337.
- Parkinsonisme post-traumatique** (CONREUR), 328.
- postencéphalitique (le traitement par l'atropine à hautes doses du) (I. GOLSE), 346.
- Parole et du mouvement** (troubles irréguliers de la) survenant par crises (BARRÉ et MERKLEN), 665.
- Paupières** (intervention sur les) en neuro-oculistique (Jean COPPEZ), 329.
- Perversions instinctives encéphalitiques**. Régression du syndrome (Louis Le GUILLANT), 124.
- Phagomanie** (SCHACHTER), 677.
- Phosphore** (le dosage du) dans le liquide céphalo-rachidien (DELMAS-MARSALET et R. BARGUES), 197.
- Pick** (maladie de) (Vladimir HASKOVEC), 534 ; (Eugen KAHN et Lloyd J. THOMPSON), 534 ; (J. LEY et J. TITECA, P. DIVRY et M. MOREAU), 534 ; (H. KORBSCH), 535.
- avec syndrome extra-pyramidal (L. van BOGAERT), 535.
- Plaques séneiles** (les altérations cylindriques au niveau des) (P. DIVRY), 862.
- Plexite cervico-brachiale bilatérale** du type supérieur (Ludo van BOGAERT), 860.
- Plomb** (rôle du) dans la sclérose multiple (William CONE, Colin RUSSEL et Robert UNWIN HARWOOD), 700.
- Poliomyélite antérieure aiguë** associée à une arachnoïdite (ANDRÉ-THOMAS), 324.
- Poliomyélites subaiguës** (Yves POURSIENES), 856.
- Polynévrite récidivante** (Charles C. UNGLEY), 351.
- dite alcoolique (George-R. MINOT, Maurice-B. STRAUSS et Stanley COBB), 352.
- Ponction lombaire** (accidents de la) (A. PACIFICO), 871.
- Ponction sous-occipitale** (G.-I. ODOBESCO et H. VASILESCO), 871 ; (André PLICHET), 872.
- haute (A. TOURAINE), 872.
- Positivismisme médical et responsabilité pénale** (N. SENGES), 19, 203.
- Préservation** (Loi de) suédoise (A. PETRÉN), 162.
- et Stérilisation (Eimar BRÜNNICHE), 163.
- Profondeur** (Etude expérimentale de la notion spatiale de la) (G. POUIL-LARD), 146.
- Pronostic héréditaire** (détermination du) (Ernst GENGNAGEL), 875.
- Prophylaxie de la syphilis nerveuse** (E. VAMPRÉ), 874.
- Psamme** des plexus choroïdes du ventricule latéral (CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU), 861.
- Pseudo-bulbaire** (syndrome). Inversion du signe de Rossolino (L. STERLING), 691.
- Pseudologie phantastique** (KIELHOLZ), 825.
- Psychanalyse** (la) vue d'Amérique (Ph. DALLY), 350.
- Psychasthénie et oxalémie** (G.-P. TOYE), 14.
- Psychiatrie** (la) d'aujourd'hui (Georges RAVIART), 672.
- (facteurs sociaux et normaux en) (Arthur-Ernest DAVIES), 877.
- Psychiques** (troubles) post-opératoires (Léon ELOY), 848.
- Psychologie** (la) contemporaine occidentale et les conditions d'intelligence de la pensée indienne (P. MASSON-OURSSEL), 527.
- pratique et hygiène mentale (P. GARNIER), 829.
- (l'étude des normes en) (R. de SAUSSURE), 829.
- Psychopathie sexuelle** de nature épileptique (Mario PIOLTI), 851.
- Psychose hallucinatoire chronique**. Précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal (Paul ABÉLY, J. ROYER et Charles DURAND), 341.
- Psychoses** (la réaction de Fraheraus dans les) (Ricardo BORDAS JANÉ), 155.
- (l'urée sanguine dans les) (D.-N. PARFITT), 156.
- puerpérales (R. DUVAL), 336.

- (choc émotif et guérisons de) (M. DESRUELLES, J.-L. MASSOT et P. GARDIEN), 385.
- (les) syphilitiques (Pierre ROYER), 837.
- post-malariathérapiques (Waldemiro PIRES), 847.
- (analyse structurale des) Pietro ARMENISA), 849.
- réactives en milieu militaire (J. NELKEN), 854.
- des détenus (W. LUNIEWSKI), 854.
- Pupillotomie avec aréflexie tendineuse (J. de BUSSCHER), 670.
- Pyramidaux (syndromes) réversibles (R. BING), 831.
- Pyrétothérapie soufrée (les modifications sanguines au cours de la) (J. HAMEL, M. CHAVAROT, J. DUMONT et J. LALANNE), 441.
- et affections du système nerveux (Henri ROGER), 541.
- (la) dans la réadaptation à la vie normale (E.-V. KOEHLER), 832.
- chimique dans la neuro-syphilis (Jean CHRISTOPHE), 881.
- Pyrifer (la fièvre provoquée par le) (R. WYRSCH et O. BRUNS), 541.

## R

- Rachianesthésie. Complications neuro-paralytiques (E. COHEN et M. SCHACHTER), 150.
- Réactifs (troubles psychiques) (M. BORNSTAJN), 853 ; (Wl. CHLOPICKI), 853.
- Réaction de Kottmann dans la démence précoce et la phrénasthénie (Mazzei MAURIZIO), 160.
- colloïdale au bleu de Berlin (V. M. BUSCAINO), 354.
- Réflexe (le) psychogalvanique (Syôdi SATô), 673.
- palato- et linguo-labial (DIVRY et EVRARD), 685.
- Réflexes conditionnels (G. MARINESCO et A. KREINDLER), 142.
- Repérage (le) ventriculaire en psychiatrie (VERMEYLEN et HEERNU), 673.
- Responsabilité dans l'âge infantile et juvénile (J. LUTZ), 825.
- Rétraction spasmodique des paupières supérieures (HARTMANN), 136.
- Rêve (étude du) (L. DUGAS), 143.
- (théorie du). Le cauchemar (I. MEYERSON), 527.
- Réverie pathologique (G. HEUYER et E. STERN), 270.
- Rhumatisme d'Heberden chez une hémiplegique (Jacques FORESTIER), 525.

## S

- Savoir (le) et l'univers de la perception immédiate (Emile MEYERSON), 683.
- Schizomaniaques (bouffées). Pyrétiochimiothérapie (FRIBOURG-BLANC et LASSALE), 447.
- Schizophrénie (le liquide céphalo-rachidien dans la) (B. RODRIGUEZ-ARIAS, E. IRAZOQUI et J.-M. CATASUS), 158.
- (les voies de l'intervention thérapeutique dans la) (Mme A. M. KOU-LAKOWA et L. A. FELDMAN), 542.
- (traitement de la) par le sang placentaire (I. SUSMANN GALANT), 542.
- Traitement par le manganèse (R.-G. HOSKINS), 542.
- Traitement dans la période évolutive (LUIS VALENCIANO), 542 ; (Norbert PRAGER), 680.
- à rémission (J.-J. ROSENBLUM et S.-I. GENDELEVITCH), 680.
- et tuberculose (L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC et J. PROKUPKE), 681.
- (les relations de parents à enfant dans la) (Jacob KASANIN, Elizabeth KNIGHT et Priscella SAGE), 875.
- Schizophréniques (états) traités par l'association des sels d'or à la pyrétiothérapie soufrée (J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX), 505.
- Sclérose en plaques et rhumatismes (COSSA), 135.
- avec syndrome mélancolique (Th. SIMON et G. FERDIÈRE), 795.
- Sclérose latérale amyotrophique (syndrome de) (DRAGANESCO, GRIGORESCO et ASCENTE), 856.
- Secret (le) médical (Adrien PEYTEL), 666.
- Sédimentation globulaire au cours du traitement de la démence précoce par le soufre (Sander IZIKOWITZ), 702.
- dans la paralysie générale (St. SWIERCZEK et Mme KAISER-SWIERCZEK), 702.
- (rapidité de la). Rapport avec la valeur complémentaire du sérum (Antonio TOMASINO), 703.
- Sénile (les troubles mentaux de l'âge) (I. LANGE), 677.
- (démence) (A. BONHOUR), 678.
- Sens (l'unité des) (H. WERNER), 683.
- Sensations causées par les rotations passives de tout le corps (B. BOURDON), 146.
- Sensibilité (troubles de la) à topographie cheiro-orale (LHERMITTE et O. CLAUDE), 525.
- Sentiments (les) d'emprise et la phase ultraparadoxe (L.-P. PAVLOV), 142.

**Sexologie** (la thermométrie appliquée à la) (René PORAK), 154.

**Sexuel** (le comportement) chez les singes (O.-L. TINKLEPAUGH), 147.

**Shakespeare et la pathologie mentale** (André ADNES), 838.

**Shock** (considérations médico-légales sur le) (Bernard SPILSBURY), 549.

**Société Médico-Psychologique.** Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers, 64.

— Bureau pour 1935, 65.

— Liste des membres au 29 janvier 1935, 66.

— Allocution de M. Roger MIGNOT, 107.

— Allocution de M. Th. SIMON, 108.

— Attribution du legs Christian pour 1935, 109.

— Prix de la Société, 110.

— Décès du Professeur SANTE DE SANCTIS, 298.

— CENTENAIRE DE MAGNAN, 299, 473, 634, 791, 805.

— Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire, 473.

— Allocution de M. le Dr FIL-LASSIER, 815.

— Discours de M. Paul STRAUSS, 817.

— NOMINATIONS. *Membre titulaire honoraire* : Henri PIÉRON, 109.

— *Membres titulaires* : Th. ALA-JOUANINE, O. CROUZON, Y. PORC'HER, 111 ; E. BAUER, 300.

— *Membres associés étrangers* : M. MINKOWSKI, 110 ; H. STECK, 300 ; J.-O. TRELLES, 474.

— *Membres correspondants nationaux* : LAGACHE, 110 ; Roger GOR, 474.

**Sommeil** (les sources sensorielles des visions du demi-) (T.-Y. BERAVAL), 143.

— (manifestations cycliques dans les courbes du) au cours des psychoses (Curt-P. RICHTER), 673.

— (le) et ses relations avec la schizophrénie (John-H. EWEN), 680.

**Spasme** de torsion chez un oligophrène (DIVRY et EYVARD), 327.

— post-encéphalitique (Georges GUILLAIN, MOLLARET et I. BERTRAND), 689.

— (rémission spontanée d'un) (A. LEY), 689.

**Stérotopies** rythmées au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire (H. BARUK et D. LAGACHE), 289.

**Stérilisation** (la loi de) du point de vue généalogique (Mme F. MIN-KOWSKA), 487 ; (Jean PIERI), 706.

— et castration des anormaux (H. WANTOCH), 826.

— (la loi allemande de) du 17 juillet 1933 (E. RÜDIN), 827 ; (Henri VIGNES), 876.

— (les lois de) eugénique (Henri VIGNES), 875.

**Striatum** (structure des noyaux du) des oiseaux (Lionello de LISI), 150.

**Surdité bilatérale** au cours d'une tumeur frontale droite (L. van BOGAERT et P. MARTIN), 834.

**Surréalisme et Schizophrénie** (Gonçaves FERNANDES), 143.

**Sympathie** (la) (Aug. LEY et Mlle M.-L. WAUTHIER), 138.

**Syphilis nerveuse** (B. DUJARDIN et P. MARTIN), 671.

— et paralysies des dilateurs du larynx (Maurice JACOD), 859.

**Syngomyélie lombo-sacrée familiale** (A. THÉVENARD et COSTE), 322.

**Système nerveux central** (compressions expérimentales du) (Curzio UGUR-GIERI), 154, 689.

— automatique (le) (Eric A. LINELL), 685.

— central (la restitution et l'adaptation dans les lésions du) (V. DÉ-MOLE), 830.

— (la restitution dans le) (O. VERA-GUTH), 830.

— central (processus de réparation dans le) (K.-M. WALTHARD), 831.

— (tolérance du) dans les tumeurs cérébrales (H. BRUNSCHWEILER), 831.

## T

**Test** (le) de Rorschach et la dynamique de l'écorce cérébrale (G. MARIN-ESCO, A. KREINDLER et L. COPELMANN), 614.

— (le) psychologique de Rorschach (Marcel MONNIER), 672.

**Thalamus** (voies d'association du) (M. TAKEUTI), 151.

**Thérapeutique hépatique et importance** du foie (Mario de MENNATO), 880.

— intensive dans un internat pour enfants insuffisants (Georges d'HEUC-QUEVILLE), 881.

**Thyroïde** (les composés iodés du corps) (L. H. DEJUST), 873.

**Thyroïdiens** (les troubles) à symptomatologie cardiaque (A. RAVINA et Simone LYON), 160.

**Torticollis spasmodique** (la pathologie du) (Roy R. GRINKER et A. Earl WALKER), 147.

**Toucher et douleur** (Maurice PRADINES), 145.

**Traumatismes du crâne** (problèmes d'expertise dans les) (W. RIESE), 162.

- craniens chez l'enfant. Manifestations psychopathiques (G. VERMEY-LEN), 679.
- Travail (psychologie des sujets qui se blessent fréquemment au) (J.-M. LAHY et Mme S. KORNGOLD), 667.
- (la courbe du) de Kraepelin (A. ZOLLNER), 675.
- (traitement des maladies mentales par le) (C.-A. CORBAN), 878.
- Trijumeau et du sympathique oculaire (le syndrome paralytique du) (Henri ROGER et Yves POURSIÈRES), 857.
- Trypanosomiase à symptomatologie psychique prédominante (FRIBOURG-BLANC et LASSALE), 1.
- Tuberculose (la) dans les hôpitaux psychiatriques (Bernard T. Mc. GHEE et George C. BRINK), 673.
- et Démence précoce (ARNOULD), 682.
- Tubérien (syndrome) au cours d'un myélosarcome crânien (L. BABONNEIX, J. LHERMITTE et Th. de MARTEL), 523.
- Tumeur médullaire (P. van GEHUCHTEN et de HAENE), 141; (CAMBIER et R.-A. LEY), 855.
- atteignant le genou du corps calcaire et les deux lobes frontaux (George GUILLAIN), 153.
- cérébrale multiple (L. van BOGAERT et P. MARTIN), 331.
- intra-bulbaire (P. van GEHUCHTEN et P. MARTIN), 529.
- cérébrale ayant évolué comme une encéphalite aiguë (Aug. LEY, Rod.-A. LEY et Ludo van BOGAERT), 533.

- cérébrale à symptomatologie fruste (R. BING), 692.
- Tumeurs cérébrales (traitement chirurgical des) (J. ARCE et M. BALADO), 545.
- de la fosse cérébrale postérieure (H. BRUNSCHWEILER), 833.
- Typhoïdique H (antigène). Vaccination comme traitement de la démence paralytique (Max T. SCHNITKER), 882.

## U

- Urticaire anaphylactique déterminé par un lépidoptère (Roger MIGNOT et Louis COUDERC), 354.

## V

- Végétative (les centres nerveux intra-axiaux de la vie) (R. DAVEAU), 341.
- Ventricule (le Troisième) (Curt-P. RICHTER et John-A. BENJAMIN), 861.
- Vie perceptive (les variations continues des stimuli dans la) (M. PONZO), 145.
- Voyelles (le timbre des) (P. KUCHARSKI), 821.

## Z

- Zona (adénite primitive prééruptive dans le) (FRANÇOIS), 330.

# TABLE ALPHABETIQUE

## DES NOMS D'AUTEURS (1)

### A

- ABÉLY (Paul). *Discussion*, 297, 308, 661.
- , ROYER (J.) et DURAND (Charles). La précipitation du benjoin colloïdal dans la psychose hallucinatoire chronique, 341.
- et SALGO (Nicolas). Névrite optique rétrobulbaire au cours du traitement stovarsolique, 544.
- ABÉLY (Xavier). Internement des aliénés criminels. Juridiction répressive ou juridiction civile ? 234.
- et COULÉON. Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie complexe, 279.
- *Discussion*, 306.
- *Etude complémentaire des mesures de sûreté du projet de Code pénale*, 474.
- ADNÈS (A.). Shakespeare et la pathologie mentale, 838.
- AGORIO (R.). V. *Fascioli*.
- AJURIAGUERRA. V. *Heuyer*.
- ALAJOUANINE (Th.), THUREL et HORNET. Douleurs alternes d'origine protubérantielle, 135.
- et THUREL (R.). La diplégie faciale cérébrale, 149.
- et THUREL. Algie faciale traitée par l'alcoolisation, 526.
- , THUREL et HORNET. Myoclonies vélo-pharyngées et oculaires, 663.
- et THUREL. La névralgie faciale, 858.
- ALEXANDER. Les limites de l'hygiène mentale, 327.
- AMABILINO (R.). Thérapeutique de la paralysie générale, 843.
- ANCOCHEA (N.). V. *Irazoqui*.

- ANDERSEN. Syndrome de basophilisme pituitaire de Cushing, 140.
- ANGELO RODRIGUEZ (A. d') et LEJTMAN (S.). Le trauma psychique et les états hyperthyroïdiens, 873.
- APPELMANS. V. *Gehuchten*.
- ARCE (J.) et BALADO (M.). Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales, 545.
- ARCHIERI (G.). Calciothérapie intensive et autohémothérapie dans les maladies mentales, 878.
- ARMENISA (P.). Nécessité de l'analyse structurale des psychoses, 849.
- ARNOULD. Tuberculose et Démence précoce, 682.
- ARON (Max). Philosophie de la différenciation cellulaire, 698.
- ARTWINSKI (E.). Les névroses réactives, 853.
- ASCENTE. V. *Draganesco*.
- ASHBY (W.-R.). La nature de l'inhibition, 699.
- AUBRY. Etude otologique de la dysostose cranio-faciale, 323.
- , DARQUIER (J.) et SCHMITE (P.). Les signes vestibulaires des tumeurs de l'acoustique, 860.
- AXENTE (S.). V. *Marinesco*.

### B

- BABONNEIX (L.), LÉVY (Maurice) et GOLÉ (Laurent). Paraplégie flasque atrophique consécutive à une dysenterie amœbienne, 321.
- et LHERMITTE (J.). Hémiplegie gauche chez un nourrisson, 523.
- , LHERMITTE (J.) et MARTEL (Th. de). Syndrome tubérien au cours d'un myélosarcome crânien, 523.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.



- BAILLY (J.). V. *Remlinger*.  
 BALADO (Manuel). L'arachnoïdite opto-chiasmatique, 148.  
 — et MALBRAN (Jorge). Structure du chiasma optique, 352.  
 —. V. *Arce*.  
 BALVET (P.). Hallucinations visuelles de type hypnagogique. Glaucome bilatéral, sans démence sénile, ni confusion mentale, 548.  
 BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). Idées de grossesse chez l'homme, 138.  
 —, LEY (J.) et TITECA (J.). Démence paranoïde à début hypocondriaque déterminé par une tumeur, 528.  
 —, LEY (J.) et TITECA (J.). Hémorragies méningées avec troubles mentaux prédominants, 528.  
 —, CAHEN (J.), LEY (J.) et TITECA (J.). Mélancolie symptomatique d'une arachnoïdite cérébrale, 532.  
 —. V. *Vermeulen*.  
 —, LEY (J.) et TITECA (J.). Epilepsie pleurale, 822.  
 BARBÉ. *Discussion*, 120.  
 BARGUES (R.). V. *Delmas-Marsalet*.  
 BARISON (Ferdinando). Mesures hydros-tatiques sur le liquide céphalo-rachidien du cadavre, 353.  
 — et TELATIN (L.). La barrière hémato-liquorale dans la méningite aseptique provoquée, 868.  
 BARLOVATZ (A.). Le liquide céphalo-rachidien au niveau du trou occipital et des crêtes iléales, 158.  
 BARRÉ et VINCENT (Clovis). Epilepsie d'apparence banale opérée et guérie, 136.  
 —, KALAKER et CHARBONNEL. Troubles de l'équilibre consécutifs à l'épreuve rotatoire, 323, 524.  
 —. Arachmo-radiculite antérieure, 526.  
 — et ROUSSET (Mlle). Hémorragie d'un hémisphère cérébelleux et du IV<sup>e</sup> ventricule, 665.  
 BARTLETT (F.-C.). Adaptation et Fatigue, 144.  
 BARUK (H.) et KOURILSKY (R.). Etude électromyographique d'un cas de contracture hystérique, 90.  
 —. *Discussion*, 106, 495, 496, 797.  
 —. La catatonie expérimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires, 154.  
 —, BRIAND (H.), CAMUS (L.) et CORNU (R.). L'anxiété biliaire, 477.  
 — et LAGACHE (D.). Stéréotypies rythmées au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien, 289.  
 BASCOURRET. Maladie de Basedow et arythmie complète, 873.  
 BAUDARD (André). Les syndromes par-kinsoniens en pathologie mentale, 336.  
 BAUER (E.), GOLSE (J.) et MARQUET (G.). Le traitement du syndrome parkinsonien encéphalitique par le sulfate d'atropine à haute dose, 420.  
 BAUMGARTIN (F.). Les propriétés caractéristiques, 839.  
 BEAUJARD (M.). Croyance dans la réalité du délire, 838.  
 BEAUSSART. *Discussion*, 116.  
 BELBINCIONI (R.). Méthode pour faire parler les malades atteints de mutisme, 878.  
 BENJAMIN (J.-A.). V. *Richter*.  
 BERAVAL (T.-Y.). Les sources sensorielles des visions du demi-sommeil, 143.  
 BERSOT (H.). L'influence du bruit sur la santé nerveuse, 828.  
 — (H.) et BRANDT (H.). Le rôle de la kinésithérapie, 832.  
 BERRY (R.-J.-A.) et NORMAN (R.-M.). Rapports de la structure cérébrale et des fonctions mentales, 863.  
 BESSEMANS (A.), HÉE (J. van) et HÆLST (J. van). L'infectiosité spécifique des ganglions de l'aîne chez les paralysés généraux, 703.  
 —. Inoculations de fragment d'encéphale riche en tréponèmes mobiles, 704.  
 BING (R.). Tumeur cérébrale à symptomatologie fruste, 692.  
 —. Syndromes pyramidaux réversibles, 831.  
 BLUM (S.). Hygiène mentale du travail et prophylaxie des accidents, 828.  
 BOCCIO (Donato) et TORRE (Antonio E.). La diiodotyrosine dans le traitement de l'hyperthyroïdisme, 355.  
 BODART (A.). Gomme intracérébelleuse caséifiée à symptomatologie dementielle et tumorale, 139.  
 BOGAERT (L. van). Formes très tardives de la paraplégie spasmodique familiale de Strümpell-Lorrain, 140.  
 —. Changements métriques et formels de l'image visuelle dans les affections cérébrales, 330.  
 — et MARTIN (P.). Tumeur cérébrale multiple, 331.  
 —. V. *Busscher*.  
 —. V. *Ley (Aug.)*.  
 —. Syndrome extra-pyramidal au cours d'une maladie de Pick, 535.  
 —. V. *Martin*.  
 —. V. *Vos (de)*.  
 —. Tumeurs bilatérales de l'acoustique et neuro-fibromatose, 698.  
 —. Syndrome cérébelleux progressif, 833.  
 — et MARTIN (P.). Surdité bilatérale au cours d'une tumeur frontale droite, 834.

- V. *Ley* (R.-A.).  
 —. Récidive de plexite cervico-brachiale, 860.  
 — V. *Delahaye*.  
 BONHOMME. V. *Lhermitte*.  
 BONHOUR (A.). Démence sénile, 678.  
 BORDAS JANÉ (Ricardo). La réaction de Fahraeus dans les psychoses, 155.  
 BOREL (J.). V. *Lévy-Valensi*.  
 — V. *Masquin*.  
 BORGES FORTES (A.) et MAGALHÃES (Mme Eurydice de). Argentothérapie par voie rachidienne dans la Chorée de Sydenham, 543.  
 BORNSZTAJN (M.). Le mécanisme de l'origine des troubles psychiques réactifs, 853.  
 BOROWIECKI. Classification des troubles psychiques réactifs et leur rapport avec les névroses, 852.  
 BOTELLA LLUSIA (J.). L'ammoniémie dans la genèse des accidents éclamptiques, 865.  
 BOURDON (B.). Sensations causées par les rotations passives de tout le corps, 146.  
 BOUSQUET (A.). Les craniopharyngiomes, 840.  
 BOVET (Th.). Le traitement de l'épilepsie par les sels de Bore, 543.  
 BOVY (J.) et DIVRY (P.). Ramollissement traumatique au niveau du noyau caudé, 693.  
 BRACELAND (F.-J.). V. *Strecker*.  
 BRANDT (H.). V. *Bersot*.  
 BRIAND (H.). V. *Baruk*.  
 BRILL (A.-A.). Homœotisme et Paranoïa, 351.  
 BRINK (George C.). V. *Mc. Ghie*.  
 BRISSOT. *Discussion*, 116, 132, 307.  
 BRUCH (C.). Le mécanisme physico-chimique de la réaction du benjoin colloïdal, 840.  
 BRUMPT. V. *Marie*.  
 BRUNEL (M.). V. *Faure-Beaulieu*.  
 BRÜNNICHE (Eimar). Préservation et Stérilisation, 163.  
 BRUNS (O.). V. *Wyrsh*.  
 BRUNSCHWEILER (H.). Tolérance du système nerveux dans les tumeurs cérébrales, 831.  
 —. Tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, 833.  
 BUSCAÏNO (V.-M.). Réaction colloïdale du liquide au bleu de Berlin, 354.  
 BUSSCHER (J. de) et BOGAERT (L. van). Névrites hypertrophiques familiales progressives, 530.  
 —. Pupillotonie avec aréflexie tendineuse, 670.  
 — et MASSION-VERNIORY (L.). Myotonie atrophique, 688.  
 —. Oxycéphalie avec exophtalmie à prédominance unilatérale, 834.

C

- CABEZA (Manuel-M.). Centres de Malariathérapie, 540.  
 CAHANE (Mares). Le métabolisme du chlore dans l'anorexie et à la sitio-phobie, 193.  
 — (Mares et Tatiana). Un centre nerveux infundibulaire régulateur de la fonction génitale, 536.  
 CAHEN (Jean). V. *Baonville*.  
 — et DAGNÈLIE (Jacques). Arachnoïdite spinale chez une hémiplegique, 694.  
 CAMBIER et LEY (R.-A.). Tumeur médullaire, 855.  
 CAMUS (Louis). Cathéter gastro-duodénal utilisable en médecine mentale, 102.  
 — V. *Baruk*.  
 CANEGHEM (von). L'œdème temporal symptomatique d'une thrombo-phlébite des veines fronto-ethmoïdales, 690.  
 CAPGRAS. *Discussion*, 643.  
 CARBONEL (Jean). V. *Olmer*.  
 CARDAS (Pereida), V. *Moniz*.  
 CARDONA (Filippo). Imprégnation de la microglie sur les tissus fixés par la formaline, 695.  
 CARLES (Jacques) et MASSIERE. Valeur de la lymphocytose céphalo-rachidienne, 157.  
 CARON (Marcel). *Discussion*, 113, 517.  
 — V. *Claude*.  
 — et NODET (Ch.-H.). Syndrome de Korsakoff régressif ou au moins fixé, 442.  
 CASSAIGNE. V. *Lhermitte*.  
 CASTIN (P.), GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme) et GARDIEN (P.). Essais de traitement de l'anxiété par la vagotonine, 51.  
 CASTRO (Aloysio de). Oxycéphalo-syndactylie, 690.  
 CATAUS (J.-M.). V. *Rodriguez-Arias*.  
 CEILLIER. *Discussion*, 284, 481, 486.  
 —. L'expertise psychiatrique, 548.  
 CHABERT (Jean de). Etude clinique des démences infantiles, 333.  
 CHAIGNOT (A.). V. *Chavany*.  
 CHAPIREAU (P.). V. *Vurpas*.  
 CHARBONNEL. V. *Barré*.  
 CHARPENTIER (Clément). *Discussion*, 303, 307.  
 CHARPENTIER (René). *Discussion*, 269, 303, 307, 308, 459, 461, 465, 486, 662.  
 CHASSIGNEUX. V. *Martin* (René).  
 CHAVANY (J.-A.). V. *Hillemand*.  
 — et CHAIGNOT (A.). Les accidents nerveux de la chrysothérapie, 543.  
 —. Compression de la moelle par tumeur et syphilis du névraxe, 546.  
 — et LEMOINE (P.). Syndrome de la calotte pédonculaire et de la région des tubercules quadrijumeaux, 692.

CHAVAROT (M.). V. *Hamel*.  
 CHŁOPICKI (W.). Le mécanisme de l'origine des troubles réactifs, 853.  
 CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU. Hémiplegie progressive due probablement à une atrophie cérébrale, 530.  
 —. V. *Divry*.  
 —. DIVRY et MOREAU. Psammome des plexus choroïdes, 861.  
 —. La pyrétothérapie chimique dans le traitement de la neuro-syphilis, 881.  
 CLAUDE (Henri). *Discussion*, 293, 445, 458, 486.  
 —. CARON (Marcel) et SIVADON (Paul). Epilepsie en rapport avec un processus encéphalitique, 293.  
 — et DUBLINEAU (J.). La pyrétothérapie soufre associée aux sels d'or dans les états dits de démence précoce, 513, 553.  
 —. V. *Marie*.  
 CLAUDE (O.). V. *Lhermitte*.  
 COBB (Stanley). V. *Minot*  
 COHEN (E.) et SCHACHTER (M.). Complications neuro-paralytiques post-rachianesthésiques, 150.  
 COHN (G.). V. *Hypert*.  
 COHN (M.). Traitement de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique, 346.  
 —. V. *Hypert*.  
 CONE (William), RUSSEL (Colin) et UNWIN HARWOOD (Robert). Rôle du plomb dans la sclérose multiple, 700.  
 CONN (Jacob H.). La démence précoce considérée comme entité-maladie spécifique, 681.  
 CONREUR. Parkinsonisme post-traumatique, 328.  
 COOMBS (Helen C.), SEARLE (Donald-S.) et PIKE (F.-H.). Le calcium et le phosphore au cours des convulsions d'origine expérimentale, 701.  
 COPELMANN (L.). V. *Martnesco*.  
 COPEZ (Jean). Intervention sur les paupières en neuro-oculistique, 329.  
 CORACHAN (M.). V. *Ramirez-Corria*.  
 CORBAN (C.-A.). Traitement des maladies mentales par le travail, 878.  
 CORMAN (L.) et JARRY (A.). La mort subite dans les états démentiels organiques, 667.  
 CORNU (R.). V. *Baruk*.  
 COSSA. Sclérose en plaques et rhumatismes, 135.  
 COSTE. V. *Thévenard*.  
 COSTEDOAT (M.). Les troubles mentaux des indigènes de l'Afrique du Nord, 675.  
 COUDERC (L.-H.). Astrologues, voyantes, cartomanciennes et leur clientèle, 338.  
 —. V. *Mignot*.  
 COULÉON. V. *Abély (Xavier)*.

COURBON (Paul) et MARS (Louis). Syndrome mixte d'hypocondrie, 84.  
 —. *Discussion*, 96, 447, 460, 658, 662, 799.  
 — et MARS (Louis). Démence alcoolique polynevrétique et contracture des fléchisseurs de la main, 437.  
 — et LECONTE (M.). Efficacité de l'intimidation sur un délire de jalousie, 791.  
 CRAENE (Ern. de). *Discussion*, 304.  
 CROUZON (O.). V. *Vurpas*.  
 CURTI (G.). Les modifications du brome hématique pendant les accès convulsifs, 865.

## D

DAGNELIE (Jacques). V. *Cahen*.  
 —. V. *Lison*.  
 DALLY (Ph.). La Psychanalyse vue d'Amérique, 350.  
 DANEZ (M.) et HUSZÁK (L.). Conscience et hypophyse, 705.  
 DARQUIER (J.). V. *Aubry*.  
 DAVEAU (R.). Les centres nerveux intra-axiaux de la vie végétative, 341.  
 DAVIES (A.-E.). Facteurs sociaux et moraux en psychiatrie, 877.  
 DAVID. Tumeurs épiphysaires, 666.  
 DEJARDIN (Léo). V. *Lippens*.  
 DEJUST (L.-H.). Les composés iodés du corps thyroïde, 873.  
 DELACROIX (Henri). La fabrication du nombre, 684.  
 DELAHAYE (A.) et BOGAERT (L. van). Névrite hypertrophique familiale, 860.  
 DELAIRE (R.). V. *Laignel-Lavastine*.  
 DELAVILLE (M.) et DUPOUY (R.). Désintoxication rapide des morphinomanes par les émulsions de lipides, 879.  
 DELLAERT (R.). V. *Nyssen*.  
 DELMAS-MARSALET et BARGUES (R.). Le phosphore du liquide céphalo-rachidien, 197.  
 —. L'épreuve rotatoire, 664.  
 —. Essai de traitement chirurgical du syndrome parkinsonien, 664.  
 DÉMOLE (V.). La restitution et l'adaptation dans les lésions du système nerveux central, 830.  
 DEROMBIES (Mlle M.). V. *Lévy-Valensi*.  
 DERVIEUX. L'expertise psychiatrique, 136.  
 DESANA (Gustavo). L'analyse dans le sang et le liquide céphalo-rachidien dans la neuro-syphilis, 157.  
 DESORTES (P.). L'instabilité du mineur délinquant, 844.  
 DESRUELLES (M.). Projet de Loi portant refonte du Code Pénal, 310.

- , MASSOT (J.-L.) et GARDIEN (P.). Choc émotif et guérisons de psychoses, 385.
- , L'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés, 772.
- et LAUZIER (J.). L'assistance aux aliénés en France en 1931, 876.
- DIMITRI (Vicente) et VICTORIA (Marcos). L'atrophie cérébelleuse tardive avec rigidité, 691.
- DIVRY (P.) et MOREAU (M.). Aphasie progressive sans troubles mentaux importants, 137.
- et EVRARD. Spasme de torsion chez un oligophrène, 327.
- , V. *Christophe*.
- , V. *Ley (J.)*.
- , CHRISTOPHE et MOREAU. Hématome sous-dural chronique, 670.
- et EVRARD. Réflexe palato et linguo-labial, 685.
- , Tumeur volumineuse de la couche optique avec attitude anormale de la tête, 692.
- , V. *Bovy*.
- , L'altération fibrillaire d'Alzheimer, 697.
- , CHRISTOPHE et MOREAU. Les calcifications intracrâniennes en dehors des tumeurs, 697.
- et EVRARD. Les substances antagonistes de la bulbocapnine, 700.
- , Les plaques séniles et la dégénérescence d'Alzheimer, 822.
- , Les altérations cylindraxiles au niveau des plaques séniles, 862.
- DONATH (Jules). Sylvestre Matuska, auteur d'attentats contre les chemins de fer, 666.
- DOPTER. V. *Marié*.
- DORÉMIEUX. V. *Dublineau*.
- DORNEDDEN. Internement et stérilisation des aliénés, 161.
- DOSUZZOV (Theodor). Troubles de la marche dans l'encéphalite épidémique chronique, 689.
- DOUSSINET (Pierre). Troubles organiques satellites des maladies mentales, 356.
- DOWLING (Ernesto). V. *Obarrio*.
- DRAGANESCO (State). V. *Marinesco*.
- , GRIGORESCO et ASCENTE. Syndrome de sclérose latérale amyotrophique, 856.
- DRETLE (J.). Le syndrome paranoïaque symptomatique, 849.
- DUBLINEAU (J.) et DORÉMIEUX. Etats schizophréniques traités par l'association des sels d'or à la pyrétotérapie soufrée, 505.
- , V. *Claude*.
- , V. *Heuyer*.
- DUGAS (L.). L'étude du rêve, 143.

- , Note psychologique sur un cas de paralysie, 685.
- DUGGAN (J.-H.-F.). *Musica mentis medicina*, 877.
- DUGUET (J.). V. *Pommé*.
- DUJARDIN (B.) et MARTIN (P.). Syphilis nerveuse, 671.
- DUMAS (Georges). *Discussion*, 97, 465.
- DUMÉRY (Roger). V. *Lian*.
- DUMONT (J.). V. *Hamel*.
- DUPOUY. V. *Heuyer*.
- , V. *Delaville*.
- DURAND (Charles). V. *Abély (Paul)*.
- DUSSIG (K.). Psychose maniaque-dépressive de l'enfance, 682.
- DUVAL (R.). Les psychoses puerpérales, 336.

## E

- EIDINOWA (Mme I.-B.). V. *Tchlenow*.
- ELLERMANN (M.) et SCHROEDER (G.-E.). Myélome de la colonne vertébrale avec crampes épileptiformes, 856.
- ELOY (L.). Troubles psychiques post-opératoires, 848.
- ESMERALDO (Zacheu). Etude clinique et médico-légale des paralytiques généraux malarisés, 161.
- EVARD. V. *Divry*.
- EWEN (John-H.). Le sommeil et ses relations avec la schizophrénie, 680.
- EY (Henri). L'hallucinatoire et l'activité hallucinatoire. Le problème en 1855 et dans l'état actuel, 584.

## F

- FALGUI (Andréa). V. *Pintus*.
- FASCIOLI (A.) et AGORIO (R.). Les délires secondaires chez les paralytiques généraux malarisés, 846.
- FATTOVICH (Giovanni). L'appareil périphérique de la cellule nerveuse, 698.
- FAURE-BEAULIEU et WEISSMANN-NETTER. Syndrome progressif des cornes antérieures : sclérose latérale ou poliomyélite antérieure, 323.
- , LYON-CAEN (L.) et BRUMEL (M.). Maladie d'Addison fruste et prolongée, 874.
- FELDMAN (L.-A.). V. *Koulakowa*.
- FERDIÈRE (G.). V. *Simon*.
- FERNANDES (Gonçalves). Surréalisme et Schizophrénie, 143.
- FERRARO (A.). Histopathologie de démences précoces diagnostiquées cliniquement, 863.
- FERRER (C.-O.). Les états de confusion mentale, 880.
- FERRER (Diego) et SALVANS (Ignacia). Origine de la microglie, 695.

FEUCHTWANGER (E.) et ROMÁN-GOLDZIEHER (H.). Etudes graphologiques sur les blessés du cerveau, 533.

FILLASSIER. *Allocution*, 815.

FISCHER (R.). *V. Morsier*.

FLAMENT, Complexe endocrinien. Diagnostic, 531.

FLEMING (G. W. T. H.). *V. Thomas*,

FOCQUET, Délire de grossesse chez des sujets masculins, 328.

FORESTIER (Jacques). Rhumatisme d'Heberden chez une hémiplegique, 525.

FORTINEAU (J.). *V. Marchand*.

FRANÇOIS. L'existence d'une adénite primitive prééruptive dans le zona, 330.

—, Signe d'Argyll-Robertson et zona ophtalmique, 835.

FRIBOURG-BLANC et LASSALE. Trypanomiasse à symptomatologie psychique prédominante, 1.

—, *Discussion*, 319, 458, 517.

— et LASSALE. Bouffées schizomaniaques. Rémissions par la médication pyrétéo-chimiothérapique, 447.

## G

GARDIEN (P.). *V. Castin*.

—, *V. Desruelles*.

GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme). *V. Castin*.

GARNIER (P.). Psychologie pratique et hygiène mentale, 829.

GEHUCHTEN (P. van) et APPELMANS. Nanisme avec alopecie décalvante totale, 140.

— et HAENE (de). Tumeur médullaire, 141.

—, Hématome sous-dural chronique, 331.

— et MARTIN (P.). Tumeur intra-bulbaire, 529.

GEMELLI et PONZO. Les facteurs psychologiques qui prédisposent aux accidents de la rue et les perspectives d'organisation psychotechnique préventive, 161.

—, L'analyse électro-acoustique dans l'étude de la psychologie du langage, 821.

GENDELEVITCH (S. I.). *V. Rosenblum*.

GENGNÄGEL (E.). Détermination du pronostic héréditaire, 875.

GLEN DUNCAN (A.). Le cholestérol, ses rapports avec les troubles mentaux, 156.

GOLDSTEIN (K.). Lésion circonscrite ayant déterminé des perturbations fonctionnelles très variées, 860.

GOLÉ (Laurent). *V. Babonneix*.

GOLSE (J.). Le traitement par l'atropine à hautes doses du parkinsonisme postencéphalitique, 346.

—, *V. Bauer*.

GORDON (Alfred). Névrite isolée d'un rameau sensitif d'un nerf mixte, 352.

GORRITI (F.). Délire spirite, 848.

GORRIZ (Mariano) et MARTÍNEZ (Pedro). Nouvelle réaction de superposition pour l'albumine du liquide cérébro-spinal, 158.

GOURIOU. *Discussion*, 305, 496.

GOZZANO (Mario). Athétose double et rigidité progressive, 690.

GREEFF (Et. de). Le sentiment d'injustice subie en pathologie criminelle, 361.

—, Démence, confusion, délire, 668.

—, Le débile mental, 678.

GRIGORESCO (D.). *V. Marinesco*.

—, *V. Draganesco*.

GRINKER (R.). *V. Roy*.

—, *V. Leiter*.

GROBLI (Walter). *V. Orlando*.

GUILLAIN (George). Tumeur cérébrale du genou, du corps calleux et des deux lobes frontaux, 153.

—, MOLLARET et BERTRAND (I.). Spasme de torsion post-encéphalitique, 689.

GUIRAUD. *Discussion*, 116, 120, 306, 436, 447, 486, 798, 799.

—, L'œuvre anatomo-clinique de Magnan, 729.

GUTWIRT (A.). *V. Taussig*.

## H

HAELST (J. van). *V. Bessemans*.

HAENE (de). *V. Gehuchten*.

HAGUENAU (J.). *V. Lhermitte*.

—, La radiothérapie et le traitement chirurgical des compressions médullaires, 546.

—, *V. Thomas (André)*.

HAMEL (J.), CHAVAROT (M.), DUMONT (J.) et LALANNE (J.). Les modifications sanguines au cours de la pyrétothérapie soufrée, 444.

—, *Discussion*, 116, 120.

HARDWICK (S. W.). La réaction bicolore au gaïac, 868.

HARTENBERG (P.). L'impuissance virile émotive, 356.

HARTMANN. Rétraction spasmodique des paupières supérieures, 136.

HASKOVEC (Vladimir). Maladie de Pick, 534.

—, *V. Taussig*.

HAVILAND MINCHIN (R. L.). Le facteur hypoglycémique dans l'étiologie de l'épilepsie essentielle, 155.

HÉE (J. van). *V. Bessemans*.

HEERNU (J.). *V. Vermeylen*.

- HELLUY (J. R.). La réaction de Kottmann, 841.
- HELMSMOORTELT jr. (J.), NYSSEN (René) et THIENPONT. Anosmie et agueusie complètes d'origine traumatique, 688.
- V. Nyszen.
- HENNICHÉ (A.). V. Wuth.
- HEUCQUEVILLE (G. d'). *Discussion*, 132, 495.
- V. Laignel-Lavastine.
- La thérapeutique intensive dans un internat pour enfants insuffisants, 881.
- HEUYER (G.) et NACHT. Guérison d'un cas d'obsession par la réalisation de l'idée obsédante, 114.
- *Discussion*, 115, 661, 662.
- , DUPOUY, MONTASSUT et AJURIAGUERRA. Délire à cinq, 254.
- et STERN (E.). Réverie pathologique, 270.
- Les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du Code pénal, 300.
- et AJURIAGUERRA. Délire romanesque de réverie, 847.
- et ROUDINESCO (Mme). Démence consécutive à une vaccination anti-variologique, 655.
- et DUBLINEAU (J.). La réaction d'opposition chez l'enfant, 679.
- HIGIER (H.). Epilepsie tardive d'origine endocrino-hypophysaire, 705.
- HILLEMAND, CHAVANY et TRELLES. Le problème anatomique du nystagmus du voile du palais, 325.
- HINRICHSSEN (O.). Les expertises psychiatriques, 823.
- HIRSCH (L.). Pathologie du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, 871.
- HNEVKOVSKY (Otakar). L'artériographie du cerveau, 886.
- HOLLANDER (d') et LEROY. Délire d'interprétation et tumeurs cérébrales multiples, 529.
- HOPKINS (Mme Helen). Modifications chimiques du sang dans l'hyperpyrexie par balnéation, 864.
- HORNET. V. *Alajouanine*.
- V. *Marinesco*.
- HOSKINS (R.-G.). Le traitement par le manganèse des états schizophréniques, 542.
- HÜBNERFELD (J.). Traitement de la dépression mélancolique endogène par l'hématoporphyrine, 355.
- HUMANN. Technique de la cure malariques de la paralysie générale à Vienne, 540.
- HUMBERT (P.) et MICOUD. Puérilisme dans la paralysie générale, 466.
- Paralysie générale et aortite. Mort subite par hémopéricarde, 802.

- Homosexualité et psychopathies, 836.
- HUNT (J. Ramsay). Paralyse agitante primaire, 152.
- HUSZÁK (L.). V. *Danez*.
- HYVERT, STOERR et COHN (G. et M.). La chrysothérapie prolongée chez les déments précoces anciens, 497.

## I

- IMANN (Georges). Voyage au pays des déments, 345.
- IRAZOQUI (E.) et ANCOCHEA (N.). L'éphédrine et la tolérance au glucose dans la psychose maniaque-dépressive, 155.
- V. *Rodríguez-Arias*.
- ITERTSON (C.-J.-A. van). Paralyse faciale, congénitale et héréditaire, 858.
- IZIKOWITZ (Sander). La réaction de sé dimentation globulaire dans la démence précoce traitée par le soufre, 702.

## J

- JACOD (Maurice). La syphilis et les paralysies des dilatateurs du larynx, 859.
- JANUSZ (W.). Traitement de l'intoxication morphinique par l'oxygène, le glucose et l'insuline, 880.
- JARRY (A.). V. *Corman*.
- JELLIFFE (Smith Ely). V. *Notkin*.
- JENTZER (A.). V. *Morsier*.
- Pachyméningite chronique ; Hémangiome caverneux rétro-oculaire, 833.
- JONESCO-SISESTI (N.). V. *Marinesco*.
- La pathogénie de l'hémiatrophie faciale, 858.
- JUNG (Adolphe). V. *Leriche*.

## K

- KABAKER. V. *Barré*.
- KAHLE (Karle). « L'idiotie thymique de H. Vogt », 161.
- KAHN (Eugen) et THOMPSON (Lloyd J.). Maladie de Pick, 534.
- KAISER-SWIERCZEK (Mme). V. *Swierczek*.
- KAMIMURA (T.). Développement de la microglie et problème des cellules granulo-graisseuses embryonnaires, 695.
- KAPLINSKY (M.-Z.) et LUSTERNIK (P.-E.). La paralysie générale malarisée, 845.

KASANIN (Jacob), KNIGHT (Elizabeth) et SAGE (Priscella). Les relations de parents à enfants dans la schizophrénie, 875.

KIELHOLZ. La structure psychologique de la pseudologie phantastique, 825.

KLAESI (J.). L'hygiène mentale, 827.

KNIGHT (Elizabeth). V. *Kasanin*.

KOEHLER (E.-V.). La réadaptation à la vie normale, 832.

KOIKEGAMI (Haruyosi). Morphologie de la surface externe des hémisphères cérébraux chez les Japonais, 697.

KORBNS (H.). La maladie de Pick, 535.

KORNGOLD (Mme S.). V. *Lahy*.

KOULAKOWA (Mme A.-M.) et FELDMAN (L.-A.). Les voies de l'intervention thérapeutique dans la schizophrénie, 542.

KOULKOV (A.-E.). Hérédo-akinésie paroxystique douloureuse, 688.

— Le liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie, 869.

KOURILSKY (R.). V. *Bàruk*.

KRABBE (Knud H.). L'organe sous-commissural du cerveau, 151.

— Méningo-myélite causée par la fièvre ondulante, bacille de Bang, 856.

KRAUSS (Stephan). Altérations de la personnalité après la chorée de Sydenham, 676.

KREINDLER (A.). V. *Marinesco*.

KUCHARSKI (P.). Le timbre des voyelles, 821.

KUTZ (A.). V. *Obrador*.

KWINTÉ (L.). Développement des mouvements volontaires de la face, 624.

## L

LABBÉ (Marcel). L'hérédité de la maladie de Basedow, 159.

LAFON (Anselme). Nœvus de la face et tumeur cérébrale, 839.

LAFON (Robert). Angiodynamique des membres et lésions du système nerveux de la vie de relation, 340.

LAFORA (Gonzalo-R.). Débile mentale calculatrice du calendrier, 852.

LAGACHE. *Discussion*, 133, 270, 464, 466, 655, 657.

— V. *Baruk*.

LAGEGREN (S.). Cyphose comme expression d'une hérédité-dégénérescence du système nerveux, 693.

LAHY (J.-M.) et KORNGOLD (Mme S.). La psychologie des sujets qui se blessent fréquemment au travail, 667.

LAIGNEL-LAVASTINE (M.), HEUCQUEVILLE (G. d') et DELAÎTRE (R.). Délire de négation de grossesse, 800.

LALANNE (J.). V. *Hamel*.

LANARI (Eduardo-L.). Röntgenthérapie de l'hyperthyroïdisme, 547.

LANDAU (E.). Une circonvolution de passage entre l'îlot de Reil et le rhinencéphale, 832.

LANDRY (Lionel). La notion de la mort dans les rêves, 143.

LANGE (I.). Les troubles mentaux de l'âge sénile, 677.

LARUELLE. Maladie de Biermer, 324.

LASSALE. V. *Fribourg-Blanc*.

LAURNAGARAY (José M.). Assistance sociale des phrénasthéniques, 877.

LAUZIER (J.). V. *Desruelles*.

LECÈNE (P.) et LHERMITTE (J.). L'oblitération complète de l'artère sylienne, 153.

LECONTE (M.). V. *Courbon*.

LEDERER (Emile v.). V. *Lenart*.

LE GUILLANT (L.) et LÔO (Pierre). Une épidémie locale de névrite, 415, 394.

— et MARESCHAL (Pierre). Démence précoce post-traumatique, 117.

— Régression d'un syndrome de « perversions instinctives » encéphalitiques, 421.

LEITER (Louis) et GRINKER (Roy R.). Rôle de l'hypothalamus dans la régulation de la pression sanguine, 864.

LEJTMAN (Silverio). V. *Angelo Rodriguez*.

LEMOINE (P.). V. *Chavany*.

LENART (Georg) et LEDERER (Emile v.). Epilepsie et Surrénales, 874.

LERICHE (René), JUNG (Adolphe) et WORINGER (E.). Résection du ganglion sympathique cervical supérieur, 160.

LEROY (A.). V. *Hollander*.

— Paraspasme facial bilatéral, 858.

LÉVY (Mlle Gabrielle). V. *Lhermitte*.

LÉVY (Maurice). V. *Babonneix*.

LÉVY-VALENSI. *Discussion*, 269, 647, 799.

—, BOREL (J.) et DEROMBIES (Mlle M.). Aliénés migrants, 634.

LEWIS (Aubrey J.). La mélancolie. Historique, 849 ; aperçu clinique des états dépressifs, 850.

LEY (Aug.) et WAUTHIER (Mlle M. I.). La sympathie, 138.

—, LEY (Rod.-A.) et BOGAERT (Ludo van). Tumeur cérébrale ayant évolué cliniquement comme une encéphalite aiguë, 533.

— Rémission spontanée d'un spasme de torsion, 689.

LEY (J.). V. *Baonville*.

—, TITECA (J.), DIVRY (P.) et MOREAU (M.). Atrophie de Pick, 534.

— V. *Vermeulen*.

LEY (Rod.-A.). V. *Ley* (Aug.).

— V. *Cambier*.

- et BOGAERT (L. van). Paralyse ascendante de Landry avec névrite optique double sans lésions histologiques décelables, 857.
- LHERMITTE (J.) et MASSARY (J. de). Maladie de Friedreich à forme abortive, 134.
- , LÉVY (Mlle Gabrielle) et TRELLES (J. O.). Névrite ascendante avec lésion médullaire et névrome radiculaire consécutif, 135.
- , V. Lecène.
- , Discussion, 284.
- , HAGUENAU (J.) et TRELLES (J.-O.). Syndrome de la calotte pédonculaire, 324.
- , V. Babonneix.
- , MONIER-VINARD et TSOCHANAKIS. Gliomatose bulbaire, 524.
- et CLAUDE (O.). Troubles de la sensibilité à topographie cheiro-orale, 525.
- , MASSARY (J. de) et BONHOMME. Névralgie faciale par hémato-bulbie, 525.
- et CASSAIGNE. Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses, 686.
- et PAGNIEZ (Ph.). Syndrome infundibulo-tubérien pseudo-hypophysaire, 693.
- , Restitution dans les traumatismes médullaires, 831.
- LIAN (Camille), LYON-CAEN (Louis) et DUMÉRY (Roger). Le souffle continu thyroïdien supérieur, signe caractéristique du syndrome basedowien, 159.
- LIMA (Almeida). V. Moniz.
- LINELL (Eric A.). Le système nerveux automatique, 685.
- LINGJAERDE (Ottar). Les troubles hépatiques dans les maladies mentales, 334.
- LIPPENS (Adrien) et DEJARDIN (Léo). L'encéphalographie dans les traumatismes crânio-cérébraux, 686.
- LISI (Lionello de). Structure cytotectonique des noyaux du striatum, 150.
- LISON (L.) et DAGNÉLIE (J.). Coloration de la myéline, 697.
- LONG (C. N. H.). V. Stight.
- Lôo (Pierre). V. Le Guillant.
- , Discussion, 132.
- LORAND (Alex) et MOSCHOWITZ (Eli). Une interprétation psychanalytique de la constitution dans le syndrome de Graves, 351.
- LORENZ (W.-F.), REESE (H.-H.) et WASHBURNE (Annette-C.). Les injections intraveineuses d'amytal sodique, 882.
- LOTMAR (F.). La maladie de Lindau, 832.

- LOUDET (Oswaldo) et MARTINEZ DALKE (Luis). Psychogénèse et pronostic du syndrome de Cotard, 851.
- LUHAN (Joseph-A.). V. Mayer.
- LUNIEWSKI (W.). Élément réactif dans les psychoses des détenus, 854.
- LUQUET (G. H.). L'art primitif, 144.
- LUSTERNIK (P.-E.). V. Kaplinsky.
- LUTZ (J.). La responsabilité dans l'âge infantile et juvénile, 825.
- LYON (Simone). V. Ravina.
- LYON-CAEN (Louis). V. Lian.
- , V. Faure-Beaulieu.

## M

- MACERA (José Maria), TISCORNIA (Just) et REY SUMAY (R. S.). Méningite séreuse, 687.
- MAGALHAES (Mme Eurydice de). V. Borges Fortes.
- MAGDALENA (Alberto L.). Action de l'hypophyse sur la thyroïde, 159.
- MAGNUS (Alexander B.). Narcose prolongée par l'acide diallylbarbiturique, 882.
- MAILLEFER (Jean). La sensibilisation des déments précoces à la tuberculose, 342.
- , V. Rodiet.
- MALAMUD (Wm.), MILLER (W.-R.) et MULLINS (B.-M.). La barrière hémato-encéphalo-méningée, 867.
- MALBRAN (Jorge). V. Balado.
- MANICATIDE (M.). V. Marinesco.
- MARCHAND (L.). Discussion, 96, 446, 517, 655.
- , FORTINEAU (J.) et PETIT (Mlle P.). Délire d'interprétation après encéphalite épidémique, 98.
- , PETIT (Mlle P.) et FORTINEAU (J.). Syndrome d'automatisme mental et délire spirite, 461, 643.
- , FORTINEAU (J.) et PETIT (Mlle). Syndrome de démence précoce post-traumatique, 639.
- MARCHOUX. V. Marie.
- MARCO (Attilio de). La réaction de Taccone dans le liquide céphalo-rachidien, 869.
- MARESCAL (Pierre). V. Le Guillant.
- MARIE, SOUQUES, DOPFER, BRUMPT, CLAUDE et MARCHOUX. Les Centres de Malariathérapie, 539.
- MARINESCO (G.) et KREINDLER (A.). Les réflexes conditionnels, 142.
- , GRIGORESCO (D.) et AXENTE (S.). Aphasie croisée, 324.
- , KREINDLER (A.) et COPELMANN (L.). Le test de Rorschach et la dynamique de l'écorce cérébrale, 614.
- , DRAGANESCO (State) et HORNET (T.). Arachnoïdite spinale, 694.



- , MANICATIDE (M.) et JONESCO-SISESTI (N.). Essai de regroupement des maladies familiales de la moelle, 855.
- MARQUE (Alberto). Electrothérapie de l'hyperthyroïdisme, 547.
- MARQUET (G.). V. *Bauer*.
- MARS (Louis). V. *Courbon*.
- , *Discussion*, 270.
- MARTEL (Th. de). V. *Babonneix*.
- MARTIMOR. *Discussion*, 517.
- MARTIN (P.). V. *Bogaert*.
- , V. *Gehuchten*.
- , Ablation d'une tumeur chiasmatique, 669.
- , V. *Dujardin*.
- et BOGAERT (L. van). Mise en évidence du III<sup>e</sup> ventricule par le lipiodol, 671.
- , Méningiome parasagittal ? 833.
- MARTIN (René), CHASSIGNEUX et ROUESSE. Paludisme autochtone au voisinage de Maison-Blanche, 538.
- MARTINEZ (Pedro). V. *Górriz*.
- MARTINEZ DALKE (Luis). V. *Loudef*.
- MASQUIN (Pierre) et BOREL (Jacques). Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques, 847.
- MASSARY (J. de). V. *Lhermitte*.
- MASSIÈRE. V. *Carles*.
- MASSION-VERNIORY (L.). V. *Busscher* (de).
- MASSON-OURSSEL (P.). La psychologie contemporaine occidentale et les conditions d'intelligence de la pensée indienne, 527.
- MASSOT (J.-L.). V. *Desruelles*.
- MAURIZIO (Mazzel). La réaction de Kottmann, 160.
- MAYER (Léo-L.) et LUHAN (Joseph-A.). Myotonie atrophique avec cataracte, 148.
- MC GHIE (Bernard-T.) et BRINK (George-C.). La tuberculose dans les hôpitaux psychiatriques, 673.
- MECO (Oswaldo). La formule leucocytaire dans la paralysie générale, 866.
- MEHRTEHS (Henry-C.) et NEWMAN (Henry-W.). Injections intraveineuses d'alcool, 353.
- MENNATO (Mario de). Thérapeutique hépatique. Fonctions du foie dans la schizophrénie, 880.
- MÉRIEL. V. *Riser*.
- MEYERSON (Emile). Le savoir et l'univers de la perception immédiate, 683.
- MEYERSON (I.). Théorie du rêve. Observations sur le cauchemar, 527.
- MICHON (Paul) et PIERSON (C.-A.). Paralysie facio-glosso-pharyngo-laryngée et masticatrice d'origine cortico-sous-corticale, 859.
- MICOUD. V. *Humbert*.
- MIGNARDOT (Jean). L'allergie syphilitique avant et après malariathérapie, 842.
- MIGNOT (Roger). *Allocation*, 107.
- et COUDERG (Louis). Urticaire anaphylactique déterminé par un lépidoptère, 354.
- , Magnan et ses études sur l'alcoolisme, 738.
- MILLER (W.-R.). V. *Malamud*.
- MINKOWSKA (Mme F.). La critique de la loi de stérilisation du point de vue généalogique, 487.
- MINKOWSKI (E.). *Discussion*, 496.
- MINOT (George-R.), STRAUSS (Maurice-B.) et COBB (Stanley). Polynevrite dite alcoolique ; influence de l'insuffisance alimentaire, 352.
- MIRANDA GALLINO (Martin). Röntgenthérapie de l'hyperthyroïdisme, 546.
- et VIERHELLER (Federico). Technique de la röntgenthérapie dans l'hyperthyroïdisme, 547.
- MOHAMED-BAGHAÏ. La paralysie générale post-traumatique, 843.
- MOLLARET. Maladie de Friedreich, 321.
- , V. *GUILLAIN*.
- MONIER-VINARD. V. *Lhermitte*.
- MONIZ (Egas), LIMA (Almeida) et CARDAS (Pereida). Angiographies en série de la circulation de la tête, 699.
- MONNIER (Marcel). Le test psychologique de Rorschach, 672.
- MONTASSUT. V. *Heuyer*.
- MOREAU (M.). V. *Divry*.
- , V. *Christophe*.
- , V. *Ley* (J.).
- MOREAU (René) et STERNE (J.). Traitement des intoxications barbituriques par la strychnine, 356.
- MOREL (Ferdinand). L'écho de la lecture et l'écho de la pensée, 674.
- MORGENTHALER (W.). Les perturbations dans la vie conjugale, 828.
- MORSIER (G. de) et FISCHER (R.). Le traitement chirurgical des contractions et des crises jacksoniennes post-apoplectiques, 545.
- et JENTZER (A.). Les suppléances fonctionnelles dans le cervelet, 831.
- MOSCHCOWITZ (Eli). V. *Lorand*.
- MOSINGER (M.). V. *Roussy*.
- MULLER (M.). Du droit des experts de s'entourer de tous renseignements utiles et de consulter un spécialiste, 137.
- MULLINS (B.-M.). V. *Malamud*.

NACHT. V. *Heuyer*.

NAYRAC (Paul). L'exploration radiologique des cavités cérébrales, 536.

—. Formes cliniques et traitement des algies de la face, 544.

NELKEN (J.). Les psychoses réactives en milieu militaire, 854.

NEUMANN (Manuel). La malariathérapie dans l'enfance, 881.

NEUSTAEDTER (M.). La localisation striée dans la chorée progressive chronique, 152.

NEVOT (A.). V. *Rodiet*.

NEWMAN (Henry W.). V. *Mehrtens*.

NIELSEN (J. M.). Convulsions de cause indéterminée, 866.

NODET (Ch. H.). V. *Caron*.

NORMAN (R. M.). V. *Berry*.

NOTKIN (J.) et JELLIFFE (Smith Ely). Les narcolepsies, 535.

NYSSSEN (R.). DELLAERT (R.) et PEETERSSEN (A. van). Hyperpnée et tremblement parkinsonien, 670.

— V. *Helsmoortel*.

—, HELSMOORTELT (J.) et THIENPONT (R.). Anosmie et agueusie d'origine traumatique, 834.

## O

OBARRIO (Juan-M.), DOWLING (Ernesto) et PEDACE (Eduardo-A.). Le syndrome de la ligne médiane cérébelleuse, 691.

OBERLING (Ch.). V. *Roussy*.

OBRADOR (S.) et KUTZ (A.). Les crises convulsives expérimentales par injections d'extrait cérébral, 865.

ODOBESCO (G.-I.) et VASILESCO (H.). La ponction sous-occipitale, 871.

OLMER (Jean) et CARBONEL (Jean). Rôle du système neuro-végétatif dans l'hypertension artérielle, 685.

ORLANDO (Roque) et GROBLI (Walter). Bismuthothérapie endorachidienne dans la neuro-syphilis, 355.

ORTICONI (A.). Le venin de cobra dans le traitement des algies et des tumeurs, 545.

## P

PACIFICO (A.). Les accidents de la ponction lombaire, 871.

PAGNIEZ (Ph.). V. *Lhermitte*.

PALMER (Harold P.). V. *Strecker*.

PARFITT (D.-N.). L'urée sanguine dans les psychoses, 156.

PASS (Isadore-J.). Relations du Noyau Dorsal et du Faisceau Dorsal spino-cérébelleux, 151.

PAVLOV (I.-P.). Les sentiments d'emprise et la phase ultraparadoxe, 142.

—. Interprétation physiologique de la névrose obsessionnelle et de la paranoïa, 699.

PEDACE (Eduardo-A.). V. *Obarrio*.

PEETERSSEN (A. van). V. *Nyssen*.

PERGOLA. L'hyperparathyroïdisme expérimental, 160.

PÉRON (Noël). *Discussion*, 115, 116.

PETIT (Mlle P.). V. *Marchand*.

PETRÉN (A.). Résultats de la loi de préservation suédoise, 162.

PETRI (V.). Manifestations psychiques et psychomotrices tardives de l'encéphalite épidémique de la première enfance, 679.

PEYTEL (Adrien). Le secret médical, 666.

PFERSDORFF. Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Strasbourg, 332.

—. Les mouvements des idiots et les mouvements des catatoniques, 825.

PICARD. *Discussion*, 305.

PICHARD. V. *Tinel*.

PIERI (Jean). La Stérilisation, 706.

PIÉRON (Henri). Le processus du méta-contraste, 326.

—. L'année psychologique, 338.

PIERSON (C.-A.). V. *Michon*.

PIKE (F.-H.). V. *Coombs*.

PINTUS (Giuseppe) et FALGUI (Andrea). « Myoclonies hypniques physiologiques », 687.

PIOLTI (Mario). Psychopathie sexuelle de nature épileptique, 851.

—. Perméabilité des méninges à divers ambocepteurs, 870.

PIRES (Waldemiro). Malariathérapie des psychoses non luétiques, 541.

—. Psychoses post-malariathérapiques, 847.

PLANQUES. V. *Riser*.

PLICHET (André). La ponction sous-occipitale, 872.

POMMÉ (B.) et DUGUET (J.). Physiologie du nerf glosso-pharyngien, 859.

PONZO (M.). La méthode des variations continues des stimuli dans la vie perceptive, 145.

— V. *Genelli*.

PORAK (René). La thermométrie appliquée à la sexologie, 154.

PORCHER. *Discussion*, 96.

POUILLARD (G.). L'étude expérimentale de la notion spatiale de la profondeur, 146.

—. Psychogénèse de la troisième dimension, 684.

POURSINES (Yves). Les poliomyélites subaiguës, 856.

— V. *Roger*.

PRADINES (Maurice). Toucher et douleur, 145.

PRÄGER (N.). La névrose traumatique et son appréciation médico-légale, 549.

— Schizophrénie, 680.

PROKUPKE (J.). V. *Taussig*.

PUGA (A.). Le magnésium du sang et du liquide céphalo-rachidien, 867.

PUIG-SUREDA (J.) et TOLOSA (E.). Les fibroblastomes méningés, 690.

PUTNAM (Tracy-J.). L'état actuel du problème des maladies de l'hypophyse, 158.

## Q

QUERON (P.). V. *Vié*.

## R

RAMIREZ-CORRIA (M.) et CORACHAN (M.). La cytologie de certains gliomes alvéolaires, 698.

RAMIREZ MORENO (Samuel). Histoire de l'assistance et de la psychiatrie mexicaine, 876.

RAVIART (Georges). La psychiatrie d'aujourd'hui, 672.

RAVINA (A.) et LYON (Simone). Les troubles thyroïdiens à symptomatologie cardiaque, 160.

— La thérapeutique moderne des myopathies, 544.

— et LYON (Simone). Hyperparathyroïdie et ostéite fibro-kystique, 873.

RAYNEAU. *Discussion*, 95, 96, 446, 460, 658, 799.

REESE (H.-H.). V. *Lorenz*.

REINWEIN (H.). Le syndrome narcoleptique, 705.

REMLINGER (P.) et BAILLY (J.). La paralysie bulbaire infectieuse (maladie d'Anjeszky), 149.

RÉPOND (A.). L'hygiène mentale, 826.

REVAULT d'ALLONES (G.). Remarques sur l'intelligence, 683.

REY SUMAY (R.-S.). V. *Macera*.

RICHARD. Recherches dans le sérum des activités endocriniennes, 872.

RICHTER (Curt. P.). Manifestations cycliques dans les courbes du sommeil, 673.

— et BENJAMIN (John-A.). Le troisième ventricule, 861.

RIESE (W.). Problèmes d'expertise dans les traumatismes du crâne, 162.

— Le crime instinctif, 347, 348.

RISER, MÉRIEL et PLANQUES. L'ataxie aiguë primitive, 857.

ROBBE (Henri). Les facteurs qui compliquent l'orientation professionnelle des mineurs délinquants, 845.

RODIET; NEVOT (A.) et MAILLEFER (J.). Recherche du bacille de Koch par hémoculture chez les déments précoces, 866.

RODRÍGUEZ-ARIAS (B.), IRAZOQUI (E.) et CATASUS (J.-M.). Le liquide céphalo-rachidien dans la schizophrénie, 158.

ROGER (H.). Formes cliniques des paralysies ascendantes aiguës, 149.

— Pyrétothérapie et affections du système nerveux, 541.

— et POURSIÈRES (Yves). Le syndrome paralytique du trijumeau et du sympathique oculaire, 857.

ROMAN-GOLDZISHER (H.). V. *Feuchtwanger*.

RONCATI (Cesaré). Recherches biologiques chez les paralytiques généraux malarisés, 870.

ROSENBLUM (J.-J.) et GENDELEVITCH (S.-I.). Schizophrénie à rémission, 680.

ROSETT (Joshua). Le mythe du faisceau d'association occipito-frontal, 152.

ROTHMANN (E.). Lésion en foyer ayant déterminé des perturbations fonctionnelles très variées, 532.

ROUDINESCO (Mme). V. *Heuyer*.

ROUESSÉ, V. *Martin (René)*.

ROUGÉAN (Marcel). L'attentat d'Orsini, 334.

ROUSSET (Mlle). V. *Barré*.

ROUSSY (G.) et OBERLING (Ch.). Tumeurs hypophysaires, 353.

— et MOSINGER (M.). Le lobe intermédiaire de l'hypophyse, 862.

ROUVROY. Démence organique, 669.

ROVASIO (A.). Le sentiment de « détachement » chez les hypocondriaques, 675.

ROY, GRINKER (R.) et WALKER (A. Earl). La pathologie du torticollis spasmodique, 147.

ROYER (J.). V. *Abély (Paul)*.

ROYER (Pierre). Psychoses syphilitiques, 837.

RÜDIN (E.). La loi allemande de stérilisation du 17 juillet 1933, 827.

RUSSEL (Colin). V. *Cone*.

## S

SAGE (Priscella). V. *Kasanin*.

SALHGREN (E.). Le point d'attaque du luminal dans le cerveau, 700.

SALAS (José) et SOLIS (José). Les sérologiques dans la paralysie générale avec la pyrétothérapie, 156.

SALGO (Nicolas). V. *Abély (Paul)*.

SALTER (Ruth W.). V. SLIGHT.  
 SALVANS (Ignacia). V. Ferrer.  
 SANTO (Dominic A. de). L'hypopituitarisme dit fonctionnel, 705.  
 SATO (Syôdi). Le réflexe psychogalvanique normal et dans les psychoses, 673.  
 SAUSSURE (R. de). L'étude des normes en psychologie, 829.  
 SCHACHTER (M.). V. Cohen.  
 —. Phagomanie, 677.  
 SCHEVELEV (N.-A.). La pigmentation cutanée dans la psychose maniaco-dépressive, 850.  
 SCHIFF. *Discussion*, 284, 435, 464, 796, 799.  
 —. Les paranoïas et la psychanalyse, 536.  
 SCHMITE (P.). V. Aubry.  
 SCHNITKER (Max-T.). Traitement de la démence paralytique par l'antigène typhoïdique, H., 882.  
 SCHOLZ (W.). La nature du substratum cérébral dans l'épilepsie, 863.  
 SCHRIJVER (D.). V. Schrijver-Hertzberger.  
 SCHRIJVER-HERTZBERGER (S.) et SCHRIJVER (D.). La stabilisation du plasma sanguin au cours de la narcoïse continue par le somnifène, 702.  
 SCHROEDER (George E.). V. Ellermann.  
 SCINTÉ (M.). Structure des fibres des nerfs spinaux, 864.  
 SEARLE (Donald-S.). V. Coombs.  
 SENGÈS (N.). Positivisme médical et responsabilité pénale, 19, 203.  
 SENISE (Tomaso). Dystrophie adipo-génitale et psychose paranoïde, 874.  
 SÉRIEUX (P.). V. Magnan (1835-1916), 743.  
 SHARPE (J.-S.). Le métabolisme des lipéides dans les troubles mentaux, 701.  
 SHEEHAN (Donald). Méningo-encéphalite localisée aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ventricules, 861.  
 SICCO (Antonio). La relation albumino-cytologique dans le pronostic de la paralysie générale, 157.  
 SIMON (Th.). *Allocation*, 108.  
 —. *Discussion*, 133, 308, 465.  
 — et FERDIÈRE (G.). Exhibitionnisme féminin par délire d'interprétation, 430.  
 —. Magnan dans son service de l'Admission à l'Asile Sainte-Anne, 745.  
 — et FERDIÈRE (G.). Sclérose en plaques avec syndrome mélancolique, 795.  
 — et FERDIÈRE (G.). Aphasie par artérite syphilitique ? 797.  
 SIVADON (Paul). V. Claude.  
 SLIGHT (David), LONG (C.-N.-H.) et SALTER (Ruth-W.). Les lipéides du plasma dans la dépression mentale, 156

SLOTOPOLSKY-DUKOR (B.). Les psychoses hystériques, 675.  
 SLULLITEL (Isodoro). V. Steinsleger.  
 SOLAS (André). Les délires systématisés secondaires, 334.  
 SOLIS (José). V. Salas.  
 SORREL. V. Sorrel-Déjerine.  
 SORREL-DÉJERINE (Mme) et SORREL. Hermaphroditisme avec macrogénitosomie, 322.  
 SOSSET. Les variations du niveau mental des paralytiques généraux malades, 848.  
 SOUQUES. V. Marie.  
 SPILSBURG (Bernard). Considérations médico-légales sur le shock, 549.  
 STEIN (Calvert). La thérapeutique endocrinienne dans l'épilepsie, 544.  
 STEINSLEGER (Marcos) et SLULLITEL (Isodoro). Lésions osseuses dans la neurofibromatose, 694.  
 STERLING (L.). Inversion du signe de Rossolimo, 691.  
 STERN (E.). V. Heuyer.  
 STERN (Lina). La barrière hémato-encéphalitique, 867.  
 STERNE (J.). V. Moreau.  
 STORR (E.). Le sentiment de l'éthique chez l'alcoolique, 337.  
 —. V. Hyvert.  
 STRAUSS (Maurice-B.). V. Minot.  
 STRECKER (Edward-A.), PALMER (Harold-P.) et BRACELAND (Francis-J.). L'hématoporphyrine dans les psychoses, 879.  
 SUSMANN GALANT (I.). Traitement de la schizophrénie par le sang placentaire, 542.  
 SWIERCZEK (St.) et KAISER-SWIERCZEK (Mme). Sédimentation des globules sanguins dans la paralysie générale, 702.

## T

TAKEUTI (M.). Les voies d'association du thalamus et de l'aire rétro-splénale, 151.  
 TAUSSIG (L.), GUTWIRT (A.), HASKOVEC (V.) et PROKUPKE (J.). Schizophrénie tuberculeuse, 681.  
 TCHLENOW (M.-L.-G.) et EIDINOWA (Mme I.-B.). Pathologie de l'orientation dans le temps, 674.  
 TELATIN (Luigi). V. Bartson.  
 THÉVENARD et COSTE. Syringomyélie lombo-sacrée familiale probable et spina bifida occulta sacrée, 322.  
 THIENPONT. V. Helmoortel.  
 —. V. Nyssen.  
 THOMAS (André). Poliomyélite antérieure aiguë associée à une arachnoïdite, 324.

- , Abscès de la région des noyaux gris centraux secondaires à une suppuration pulmonaire, 325.
- et HAGUENAU. Syndrome cérébelleux localisé, 665.
- THOMAS (C.-J.) et FLEMING (G.-W.-T.-H.). Hallucinations lilliputiennes et broddingnagiennes, 677.
- THOMPSON (Lloyd-J.). *V. Kahn.*
- THUREL. *V. Alajouanine.*
- TINEL et PICHARD. Delirium tremens chez un alcoolique à l'occasion d'une injection de Novarsenobenzol, 659.
- , Compression des nerfs crâniens par un chordome, 665.
- TINKLEPAUGH (O.-L.). Le comportement sexuel chez les singes, 147.
- TISCORNIA (Just.). *V. Macera.*
- TITECA (J.). *V. Baonville.*
- , *V. Ley (J.).*
- , *V. Vermeylen.*
- TOLOSA (E.). *V. Puig Sureda.*
- TOMASI (Luigi). La cyto-architectonie corticale de la chauve-souris, 150.
- TOMASINO (Antonio). La valeur complémentaire du sérum et la rapidité de sédimentation des globules rouges, 703.
- TORRE (Antonio). *V. Boccio.*
- TOURAINÉ (A.). La ponction sous-occipitale haute, 872.
- TOYE (G.-P.). Psychasthénie et oxalémie, 44.
- , Les liquides céphalo-rachidiens de déments précoces, 341.
- TRABATTONI (C.). Possibilité de cultiver le bacille tuberculeux dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, 867.
- TRAMER. Les fondements de l'hygiène mentale générale, 829.
- TRELLES (J.-O.). *V. Lhermitte.*
- , *V. Hillemand.*
- TRONCONI (V.). Le tissu glial des jeunes animaux, 150.
- TRUELLE (V.). L'œuvre médico-légale de Magnan, 760.
- TSOCANAKIS. *V. Lhermitte.*
- TUSQUES (Jean). Les caractères ambosuels, 842.

## U

- UCHIMURA (Y.). Le « facteur humoral » dans la localisation des altérations dégénératives centrales, 696.
- UGURGIERI (Curzio). Compressions expérimentales du système nerveux central, 154, 689.
- UNGLEY (Charles-C.). Polynévrite récidivante dans la grossesse et la puerpéralité affectant trois membres d'une famille, 351.
- UNWIN HARWOOD (Robert). *V. Cone.*

## V

- VALENCIANO (Luis). Le traitement de la schizophrénie dans la période évolutive, 542.
- VAMPRE (E.). Prophylaxie de la syphilis nerveuse, 874.
- VASILESCO (H.). *V. Odobesco.*
- VERAGUTH (O.). La restitution dans le système nerveux, 830.
- VERMEYLEN (G.) et HEERNU (J.). Intoxication par l'oxyde de carbone et hémorragie méningée, 668.
- et HEERNU. Le repérage ventriculaire, 673.
- , Manifestations psychopathiques consécutives au trauma crânien chez l'enfant, 679.
- , BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITÉCA (J.). Démence progressive chez un sujet jeune, 682.
- , L'organisation de l'hygiène mentale en Belgique, 827.
- VERNON-BRIGGS (L.). La prophylaxie du crime, 548.
- VERVAECK (Louis). Les possibilités de traitement et de rééducation des anormaux à tendances antisociales, 349.
- VEYRASSAT (Jean). Les ganglions sous-trapéziens et les névralgies du plexus brachial d'origine dentaire, 352.
- VIALARD (Serge). L'épilepsie cardiaque, 687.
- VIALLI (Maffo). Les formations choroïdiennes, 696.
- VICTORIA (Marcos). *V. Dimitri.*
- VIÉ (J.) et QUERON (P.). Diagnostic des états paranoïdes, 284.
- VIERKELLER (Federico). *V. Miranda Gallino.*
- VIGNES (Henri). L'épilepsie, maladie héréditaire ? 706.
- , Les lois de stérilisation eugénique, 875.
- , La loi allemande de stérilisation eugénique, 876.
- VINCENT (Clovis). *V. Barré.*
- , Ablation des abcès du cerveau, 136.
- VINCHON (Jean). Les indications thérapeutiques de l'hématoporphyrine, 354.
- VIZIOLI (Francesco). Le spirochète dans le liquide céphalo-rachidien, 870.
- VOS (Léon de) et BOGAERT (Ludo van). Paralyse générale juvénile, 682.
- VURPAS (Cl.), CROUZON (O.) et CHAPIREAU (P.). Obsessions suivies de réalisation, 453.
- , *Discussion*, 655, 661.
- , Les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles dans l'œuvre de Magnan, 748.

## W

- WALKER (A. Earl). V. *Roy*.  
 WALTHARD (K.-M.). Processus de réparation dans le système nerveux central, 831.  
 —. Comportement fonctionnel de déficients anatomiques, 831.  
 WANTOCH (H.). La stérilisation des anormaux psychiques et sexuels, 826.  
 WASHBURN (Annette-C.). V. *Lorenz*.  
 WAUTHIER (Mlle M.-I.). V. *Ley* (Aug.).  
 WEBER (M.). Malariathérapie de la Paralyse générale, 540.  
 WEIL (Arthur). Mégalencéphalie avec glioblastomatosse diffuse du tronc cérébral et du cervelet, 153.  
 WEISSMANN-NETTER. V. *Faure-Beaulieu*.  
 WERNER (H.). L'unité des sens, 683.  
 WEYGANDT. L'hérédité dans l'indigence intellectuelle et dans l'épilepsie, 827.

- WHITEHORN (John-C.). La glycémie et les états émotionnels, 866.  
 WORINGER (E.). V. *Leriche*.  
 WUTH (O.) et HENNICH (A.). Bromothérapie, 879.  
 WYRSCH (R.) et BRUNS (O.). Fièvre provoquée par le Pyrifer, modifiée par les antipyrétiques, 541.

## Z

- ZARA (Eustachio). La réaction de Boliz dans le liquide céphalo-rachidien, 869.  
 ZAVITZIANOS (Georges). Les troubles mentaux associés aux crises oculogyres dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques, 337.  
 ZIELINSKI (M.). Le rôle de la constitution dans les troubles psychiques réactifs, 852.  
 ZOLLIKER (A.). La courbe de travail de Kraepelin, 675.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---



### TRYPANOSOMIASE A SYMPTOMATOLOGIE PSYCHIQUE PRÉDOMINANTE

PAR

FRIBOURG-BLANC et LASSALE

Dans la riche symptomatologie de la maladie du sommeil, les troubles psychiques, longtemps restés dans l'ombre, tiennent aujourd'hui une place importante. Dès 1898, Régis et Gaide (1) en avaient signalé l'existence. Spielmeyer (2), en 1907, souligna les frappantes analogies anatomo-pathologiques entre le trypanosomiase et la paralysie générale. Louis Martin et Darré (3), en 1909, décrivirent les formes cérébrales de la maladie. Enfin, dans un important travail paru dans *l'Encéphale*, en 1910, Gustave Martin et Ringenbach (4) donnèrent une étude d'ensemble des

(1) RÉGIS et GAIDE. — Rapports entre la maladie du sommeil et le myxœdème (*Presse Médicale*, 1<sup>er</sup> octobre 1898).

(2) SPIELMEYER. — Schlafkrankheit und progressive Paralyse (*Munch. med. Woch.*, 1907, n° 22).

(3) LOUIS MARTIN et DARRÉ. — Formes cérébrales de la maladie du Sommeil (*Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, 26 mars 1909).

(4) GUSTAVE MARTIN et RINGENBACH. — Troubles psychiques de la maladie du Sommeil (*l'Encéphale*, n°s 6 et 8, 1910).

manifestations psychiques de la trypanosomiase, insistèrent sur leur fréquence et la précocité possible de leur apparition, en analysèrent les symptômes les plus caractéristiques. Les ayant retrouvés chez un sixième environ de leurs malades, ils en décrivent le groupement en de multiples syndromes psychopathiques, d'intensité et d'allures très diverses : formes confusionnelles, maniaques, mélancoliques, circulaires, hallucinatoires, mégalomaniaques, démentielles, etc...

C'est donc une notion maintenant solidement établie que la fréquence et l'habituelle gravité des formes psychiques de la maladie. Elles sont, dans certaines de nos colonies, de constatation banale, mais il n'en reste pas moins exceptionnel que l'on ait à en faire le diagnostic et à en entreprendre le traitement dans nos hôpitaux de la métropole.

Nous venons d'observer et de suivre pendant près d'un an, au Service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, un malade chez lequel d'importants troubles mentaux dominèrent longtemps et nettement le tableau clinique. Par les conditions mêmes de leur apparition, leur caractère très spécial, l'efficacité aussi du traitement mis en œuvre, ils confèrent, croyons-nous, à son observation un suffisant intérêt pour qu'elle mérite d'être rapportée.

M. X..., fonctionnaire colonial, entre le 22 novembre 1933 au Val-de-Grâce, avec le diagnostic d' « asthénie physique et psychique chez un paludéen ». Agé de 31 ans, il compte 4 ans de séjour en Guinée française et 13 mois en Côte d'Ivoire, sans avoir jamais présenté, avant la maladie actuelle, aucun épisode pathologique important. On ne retrouve dans son histoire aucun antécédent névropathique ou psychopathique héréditaire, collatéral ou personnel, et il nie toute spécificité.

Arrivé en octobre 1932 en Côte d'Ivoire, M. X... fit, en novembre, une tournée de recensement dans le cercle de B..., considéré aujourd'hui comme salubre, jadis très infesté de trypanosomiase. Au début de décembre 1932, il présenta un état infectieux continu, avec température vespérale aux environs de 39°5, qui, malgré un traitement quinique énergique, se prolongea environ 3 semaines. Dans les premiers jours de janvier 1933 il put, apparemment rétabli, reprendre son service.

Dès le début de février, il fut pris d'accès de somnolence, d'abord discrets et rares, d'une durée de quelques minutes, se reproduisant 2 ou 3 fois par jour, mais qui, dans les semaines qui suivirent, s'accroissent sensiblement. Puis ce furent, à partir d'avril, d'évidentes modifications du caractère : auparavant facile et gai, il devint morose et taciturne, d'une hyperémotivité extrême, sujet à de fréquentes crises de larmes, manifestant une susceptibilité et une irritabilité morbides.



D'avril à octobre 1933, lentement et progressivement, les troubles s'accroissent. La somnolence s'exagère; plusieurs fois le malade s'endort au cours des repas; c'étaient de courtes phases de sommeil, d'une dizaine de minutes de durée, terminées par un brusque réveil et qui se reproduisaient fréquemment. Parallèlement s'affirmèrent les *troubles du caractère*, état d'inquiétude vague, de tristesse sans cause, difficulté croissante de tout travail intellectuel, apathie progressive, irritabilité avec brusques accès coléreux pour les plus futiles motifs. Physiquement, les forces déclinent, le malade maigrit d'environ 3 kg.; se plaint d'un prurit tenace et d'un engourdissement douloureux des membres inférieurs et une asthénie génitale apparut, qui aboutit bientôt à une impuissance complète. La température, pendant cette période, resta constamment normale.

Longtemps, malgré les sollicitations de son entourage, le malade refusa tout examen médical. C'est en octobre seulement qu'il se décida à se faire hospitaliser; il fut rapatrié quelques jours après.

Entré au Val-de-Grâce le 22 novembre 1933, M. X... se présente comme un sujet amaigri, au teint bronzé, à la physionomie fatiguée et soucieuse. L'examen ne décèle chez lui, au premier abord, aucun trouble grave des fonctions intellectuelles: la conscience et les perceptions sont normales, la mémoire conservée et l'attention soutenue, le jugement, le raisonnement et l'imagination apparemment indemnes. Il existe cependant une certaine lenteur de l'idéation et l'attitude, bien que correcte, frappe par une extrême réserve; ce n'est qu'à regret, semble-t-il, qu'il répond aux questions posées et d'une façon extrêmement laconique.

L'examen somatique révèle une symptomatologie diffuse mais, dans son ensemble, d'une haute valeur diagnostique: légère bouffissure de la face et surtout des paupières, léger œdème pré tibial, nombreuses traces de grattage à la surface des téguments, nombreux ganglions petits et durs, mobiles, les plus gros du volume d'une noisette, dans les régions axillaires et inguinales, rate percutable sur un large travers de main, secousses fasciculaires au niveau des pectoraux et des deltoïdes, exagération marquée de la contraction idiomusculaire, vivacité de tous les réflexes ostéo-tendineux, Oppenheim en extension des deux côtés, hyperalgésie musculaire discrète, signe de Kérandel ébauché, légère inégalité pupillaire et hypoesthésie cornéenne gauche, Romberg sensibilisé positif. La tension artérielle est basse: 10 x 5 au Vaquez-Laubry, le pouls régulier à 80, la température normale.

Une ponction lombaire, pratiquée le 23 novembre, donne les résultats suivants:

Tension initiale 35, après prélèvement de 27 cm<sup>3</sup>: 25 en position assise.

Liquide céphalo-rachidien: Lymphocytes: 162 par mm<sup>3</sup>. Albumine: 1 gr. 12. Glucose: 0 gr. 50. Bordet-Wassermann: négatif. Benjoin colloïdal: 12222.22222.00000. Absence de trypanosomes.

Dans le sang : Bordet-Wassermann, Jacobsthal, Hecht et Kahn : négatifs. Hématies : 4.120.000. Leucocytes : 3.500. Hémoglobine : 95 p. 100.

*Formule leucocytaire* : Lymphocytes et moyens mononucléaires : 45 0/0. Monocytes : 7. Polynucléaires neutrophiles : 46. Polynucléaires éosinophiles : 2. Polynucléaires basophyles : 0. Pas d'auto-agglutination des hématies.

*Dosage des albumines* : Albumines totales : 94 gr. 80 pour 1.000. Sérine : 47 gr. 20. Globuline : 47 gr. 60. Rapport  $\frac{\text{Sérine}}{\text{globuline}}$  : 1. Urée sanguine : 0,34.

Malgré la netteté du tableau clinique, la mise en évidence des trypanosomes fut difficile. Trois ponctions ganglionnaires restèrent négatives et ce fut le 4 décembre seulement, au 3<sup>e</sup> examen de sang, après triple centrifugation, que l'on put déceler de rares parasites présentant la morphologie du *Trypanosoma Gambiense*.

Un traitement par la tryparsamide fut immédiatement entrepris. Il comporta, au cours de la première hospitalisation, une série de 12 injections intraveineuses hebdomadaires, représentant une dose totale de 21 gr. 50.

Les deux premières semaines qui suivirent le début du traitement ne furent marquées par aucun incident notable. Une légère amélioration physique sembla même s'amorcer : atténuation de la somnolence, du prurit, des secousses fasciculaires. Mais le malade se montrait inquiet, inactif, avec une tendance marquée à l'isolement, très indifférent aux visites familiales, méfiant, susceptible et irritable, hostile à l'examen et davantage encore au traitement, affichant obstinément, à l'égard du diagnostic porté à son sujet, un scepticisme absolu.

A partir du 20 novembre, l'état psychique s'aggrava sensiblement. Sur un fond de douleur morale avec aboulie et de découragement profond, des bouffées anxieuses se répétèrent avec une intensité de plus en plus marquée. Elles aboutirent, le 23 décembre, à un état de grande agitation anxieuse avec cris, gémissements, crises de larmes, gesticulations désordonnées. Le malade déclarait qu'il se sentait devenir fou, qu'on allait être obligé de l'interner ; il dut être transféré au Service d'isolement. Il racontera plus tard qu'il avait eu alors l'impression d'un véritable dédoublement de sa personnalité, assistant comme un spectateur à son agitation qu'il ne pouvait réfréner.

Cette phase d'agitation ne fut que le prélude d'une importante bouffée délirante à base d'idées de persécution qui s'extériorisa les jours suivants : « On se servait de lui comme sujet d'expériences... Jamais il n'avait été atteint de maladie du sommeil... On l'avait mis dans le service d'isolement pour mieux le torturer et finir par le tuer... Les injections qu'on lui faisait étaient destinées à le rendre fou, etc... » D'où une attitude haineuse à l'égard des médecins et des infirmiers, une opposition farouche à tout examen et à tout traitement. Chaque

visite réveillait un véritable accès de désespoir : larmes, gémissements, invectives : « Assassins... Misérables... C'est bien amusant de voir agoniser un fou !... » Dans les intervalles, un état de *stupeur anxieuse* avec *inertie complète, mutisme, refus d'aliments, urination au lit*.

Parallèlement, on notait, en l'absence de tout signe clinique méningé, une atteinte marquée de l'état général, un affaiblissement progressif et, pendant 4 jours, une poussée fébrile qui atteignait 39°6 le 23 décembre, restait en plateau aux environs de 40° le 24 et le 25, s'abaissait à 38°3 le 26 pour retomber définitivement, à partir du 27, à la normale.

La sédation de la bouffée délirante fut moins rapide. La phase aiguë dura environ quinze jours. Le 8 janvier 1934, le malade, plus calme, semblait avoir renoncé à sa conviction délirante, se laissait examiner et s'alimentait normalement. Il manifestait encore cependant, à l'égard des médecins, une rancune tenace de son transfert au Service d'isolement et présentait, par ailleurs, un état de dépression profonde à base d'inertie, de subanxiété, de découragement avec idées d'incurabilité et désintérêt global. C'est ainsi que les visites familiales semblaient le laisser très indifférent et que, replacé en service libre, il n'en témoigna nulle satisfaction.

Pendant toute cette période, le traitement par le tryparsamide avait été régulièrement poursuivi. Quand il prit fin le 23 février, cet état psychique ne s'était pas sensiblement modifié. Au point de vue somatique, par contre, l'amélioration était incontestable : disparition de la somnolence, atténuation très marquée du prurit, disparition des secousses fasciculaires, des œdèmes, du signe de Kérandel.

Le malade partit en convalescence. Il passa chez ses parents un mois d'inactivité physique totale, non par fatigue, mais par répugnance à tout effort, s'isolant systématiquement du milieu familial, dans un état de tristesse et d'inquiétude persistantes, avec un désintérêt absolu de toute question matérielle et toujours d'une susceptibilité et d'une irritabilité extrêmes. Sa famille eut les plus sérieuses difficultés à lui faire accepter une nouvelle hospitalisation.

Entré à nouveau au Service le 20 mars 1933, M. X... y fit, dès son arrivée, une scène violente, protestant contre ce qu'il appelait son incarcération et exigeant sa sortie immédiate, puis il se résigna rapidement. Il présentait à nouveau une légère infiltration œdémateuse de la face, un léger prurit, quelques secousses fasciculaires. Un traitement par la tryparsamide fut repris au même rythme que le précédent. Très rapidement cette fois, dès les premières injections, l'amélioration psychique se manifesta évidente : l'état de tristesse antérieure s'atténua progressivement, l'inquiétude disparut, l'irritabilité s'atténua, l'intérêt se réveilla, l'activité psychique reprit.

Cette seconde série de traitement se termina le 19 juin. Il ne restait plus alors, comme anomalies psychiques appréciables, qu'un certain

misanthropisme avec désir d'isolement, refus de se mêler à la vie extérieure de l'Hôpital, négligence physique, opposition à l'effort considéré comme inutile, scepticisme partiel quant à la guérison, opposition à tout projet précis d'avenir. Ce deuxième séjour hospitalier se passa tout entier au lit, occupé à d'interminables lectures et à des conversations d'ailleurs animées et logiques avec de rares visiteurs.

Une ponction lombaire, pratiquée le 15 juin, mit en évidence une très importante amélioration du liquide céphalo-rachidien.

Tension initiale : 40.

Liquide céphalo-rachidien : Lymphocytes : 0,9 par mm<sup>3</sup>. Albumine : 0,35. Sucre : 0,80. Bordet-Wassermann : négatif. Benjoin colloïdal : 00200.02222.21100. Pas de trypanosomes.

Dans le sang, le rapport  $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$  se rapprochait sensiblement de la normale : Albumine totale : 81 gr. pour 1.000. Sérine : 52 gr. 60. Globuline : 28 gr. 40.  $\frac{\text{Sérine}}{\text{globuline}}$  : 1 gr. 85.

Dès le mois de février, par ailleurs, un nouvel examen du sang avait montré la disparition de la leucopénie et de la monocytose antérieurement constatées. Hématies : 3.910.000. Leucocytes : 11.100. Hémoglobine : 90 0/0.

*Formule leucocytaire* : Lymphocytes : 24. Monocytes : 12. Polynucléaires neutrophiles : 61. Polynucléaires éosinophiles : 3. Polynucléaires basophiles : 0. Pas de trypanosomes.

A la sortie de l'Hôpital, la reprise de poids atteignait 6 kg., les œdèmes, la somnolence avaient disparu, l'activité génitale était redevenue normale ; il persistait encore un léger prurit intermittent.

Le malade a été revu dans les derniers jours d'octobre 1934, en fin d'une troisième série de 12 injections de tryparsamide, portant à 64 gr. 50 le total de la dose injectée. L'amélioration s'est encore accentuée au point d'apparaître bien voisine de la guérison.

La réadaptation à la vie extérieure semble complète. M. X... se présente, très soigné dans sa tenue, gai, enjoué, faisant des projets d'avenir, bien convaincu maintenant de la réalité de sa maladie et de la nécessité du traitement, confiant en la guérison, actif, soucieux de ses intérêts et accomplissant lui-même les formalités administratives que nécessite sa situation. Il ne subsiste plus que des séquelles minimales des anomalies psychiques antérieures : un léger excès, peut-être, d'optimisme, contrastant avec le scepticisme des mois précédents, une irritabilité encore marquée, des colères violentes, de l'intransigeance, un égocentrisme très net ; dans l'ensemble, un comportement, pourrait-on dire, d'« enfant gâté ». Tous les signes somatiques, en dehors d'une rate percutable sur 4 travers de doigt et de quelques petits ganglions axillaires et inguinaux gauches, ont maintenant disparu.

En résumé, voici donc un malade dont l'infection remonte à novembre 1932. En décembre apparaît une fièvre d'invasion du type continu. En février 1933, la somnolence se manifeste. Puis ce sont, à partir d'avril, d'importantes perturbations de l'humeur et du caractère qui vont aller s'accroissant. C'est en décembre seulement que le diagnostic est posé et un traitement par la trypanosamide entrepris. Après la 3<sup>e</sup> injection, une brusque élévation de température s'accompagne de l'apparition d'un syndrome psychique grave, avec alternatives d'agitation et de stupeur anxieuse et idées délirantes de persécution. La fièvre cède en quelques jours, les troubles psychiques aigus plus tenaces ne s'atténuent qu'à la troisième semaine, laissant après eux un syndrome dépressif accentué. C'est en avril 1934 seulement, à la reprise de la deuxième série de traitement, que l'amélioration psychique s'affirme importante. Elle a, depuis, progressé régulièrement, au point d'apparaître, à l'heure actuelle, après une troisième série de trypanosamide, bien voisine de la guérison.

Certains points de cette observation méritent d'être soulignés :

La précocité d'abord de l'apparition des troubles nerveux et psychiques traduisant l'envahissement du névraxe, le fait ne saurait nous surprendre : la classique division de l'évolution de la trypanosomiasse en deux périodes, lymphatico-sanguine, puis nerveuse, est loin de répondre à la totalité des faits. Marcel Léger et Sicé (1) ont montré que les réactions méningées pouvaient apparaître à un moment quelconque de l'évolution de la maladie, tantôt précoces et tantôt tardives. La phase sanguine peut être, chez l'Européen surtout, d'une extrême brièveté. Chez notre malade, elle n'a guère dépassé deux mois.

« C'est dans le domaine moral plutôt que dans le domaine intellectuel proprement dit — ont écrit Martin et Ringenbach (2) — que se manifestent les premiers troubles psychiques du trypanosomé. » C'est bien ce que l'on observa ici et les anomalies psychiques présentées par le malade correspondent très exactement à la description qu'en firent ces auteurs. Brusque changement d'humeur et de caractère du début, anormale émotivité, susceptibilité et irritabilité extrêmes, crises d'emportement subites et violentes à caractère puéril. Plus tard, un état d'inquiétude vague, puis de tristesse sans cause, de découragement, une inaptitude progressive au travail intellectuel, une répugnance mar-

(1) Marcel LÉGER et SICÉ. — *Bulletin de Pathologie exotique*, Tome XXV, 1932, n° 4.

(2) MARTIN et RINGENBACH. — *Loc. cit.*

quée à tout effort, une tendance accentuée à l'isolement, une apathie irréductible. A l'Hôpital, en dehors même de la phase délirante, ces troubles s'accroîtront encore : malade d'une négligence physique extrême, perpétuellement « en état de défense », jamais satisfait, rebelle à tout raisonnement, indifférent à l'inquiétude et à l'affection de ses proches, rebelle à tout projet comme à tout changement, hostile à l'examen, refusant obstinément de croire à la réalité de sa maladie et protestant contre la durée et la nature du traitement. En somme, comme l'écrivait déjà Kahlbaum, « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation extérieure, quelle qu'en soit la nature », véritable ébauche de négativisme.

Ce furent là les anomalies psychiques « de base », si l'on peut dire, celles qui dominèrent pendant des mois le fond mental du malade et n'ont pas encore complètement disparu. C'est sur ce terrain particulièrement préparé qu'apparut, en décembre 1933, une grave bouffée délirante à base d'idées de persécution. De semblables délires sont de constatation fréquente chez les trypanosomés. Psychologiquement, ils traduisent, en somme, l'exaltation des tendances, méfiance, égocentrisme, hostilité, ébauche de négativisme, antérieurement réalisées par la maladie.

Quel en fut, ici, le mécanisme pathogénique ? L'épisode psychique aigu traduisit, selon nous, une poussée aiguë de méningo-encéphalite probablement déclenchée par le traitement. C'est ainsi, en effet, accompagnés d'une fièvre élevée et d'une atteinte marquée de l'état général, que ces troubles se manifestèrent après la 3<sup>e</sup> injection de tryparsamide. Nous y verrions volontiers la traduction d'une sorte de réaction d'Herxheimer, résultant vraisemblablement d'une brusque libération d'endotoxines, par destruction massive de trypanosomes, sous l'influence de l'arsenic pentavalent. Dans la paralysie générale, dont il est classique de souligner les étroites analogies cliniques et anatomo-pathologiques avec certaines formes nerveuses de la trypanosomiase, n'a-t-on pas vu aussi de graves accidents neurologiques survenir parfois au cours d'un traitement stovarsolé ?

Il faut pourtant signaler qu'en l'absence même de tout traitement, on peut voir apparaître, chez les trypanosomés, des phénomènes d'intolérance à des endo-antigènes d'origine tissulaire dont la libération intermittente peut déclencher des crises d'hypertonie vagale signées par une forte éosinophilie et s'accompagnant de réactions épileptiques et de troubles mentaux. Ce fut le cas pour un malade que l'un de nous eut l'occasion d'observer en octobre 1930 et qui fut l'objet d'une présentation à la Société

Médicale des Hôpitaux par MM. Codvelle, Jausion et Dutrey (séance du 31 octobre 1930).

Le sujet présentait, avant traitement par la tryparsamide, un syndrome neuro-psychique grave caractérisé par des crises épileptiques espacées et surtout par une *symptomatologie psychique typique de paralysie générale* : euphorie, sourire niais, turbulence, irritabilité transitoire, familiarité, désordre, gâtisme, tremblement des doigts et de la langue, perte totale de l'auto-critique. Ayant servi en A.O.F. sous les ordres du médecin-général Bouffard, spécialisé dans l'étude de la maladie du sommeil, et très averti lui-même de la gravité de cette affection, il se désintéressait complètement du diagnostic de sa maladie, puis, l'ayant appris, l'acceptait avec une indifférence complète et un sourire béat. Il était cependant, auparavant, intelligent et instruit. Traité par le tryparsamide, le malade s'améliora très notablement.

Pour en revenir à M. X..., sujet de notre observation, malgré le caractère alarmant des troubles qu'il présenta au cours de sa première série de traitement, celle-ci fut régulièrement poursuivie. La sédation des phénomènes aigus se fit en une quinzaine, mais la disparition du délire laissa un malade profondément déprimé, subanxieux, irritable, sourdement hostile et d'une inertie absolue. C'est seulement au cours de la 2<sup>e</sup> série d'injections qu'une amélioration incontestable de l'état psychique se manifesta. Elle fit alors des progrès rapides et qu'une troisième série vient encore de renforcer.

Longtemps, les troubles psychiques de la trypanosomiasé furent considérés comme d'une signification particulièrement grave, le plus généralement incurables. Les méthodes actuelles permettent heureusement d'en appeler de la sévérité de ce pronostic. Même accompagnés d'une riche symptomatologie nerveuse et d'importantes modifications du liquide céphalo-rachidien, ils ne semblent plus maintenant au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Le traitement entrepris ici tardivement, un an après le début de l'infection, a déterminé une véritable transformation physique et psychique dont témoignent également les importantes modifications du liquide céphalo-rachidien. C'est ainsi que, le 15 juin, la lymphocytose était tombée de 162 éléments à 0, 9 et l'hyperalbuminose de 1 gr. 12 à 0 gr. 35. Par contre, si la floculation du benjoin dans la zone syphilitique de la réaction avait, en partie, disparu, elle s'était intensifiée, au contraire, dans la zone méningitique. C'est là, on le sait, une formule d'observation fréquente chez les trypanosomés ; elle traduisait, chez notre malade, la

persistance d'un certain degré d'activité du processus infectieux et était pour nous une raison de plus de poursuivre la cure avec persévérance afin de consolider et d'améliorer les résultats obtenus.

Ceux-ci doivent-ils être tenus pour définitifs ? Une nouvelle ponction lombaire nous permettra de le contrôler. La persistance d'anomalies, du liquide céphalo-rachidien commanderait, de toute évidence, une reprise du traitement.

Nous resterons fidèles à la tryparsamide. Elle semble bien avoir été ici, suivant l'expression de Letonturier et Jamot, « la planche de salut d'un trypanosomé avancé ». On l'a accusée de provoquer des intoxications parfois mortelles ou une amaurose parfois définitive. Employée à la dose de 0 gr. 035 par kgr., en séries de 12 injections intraveineuses, elle n'a déterminé aucun symptôme d'intolérance et les très fréquents contrôles ophtalmologiques pratiqués au cours du traitement n'ont jamais décelé la moindre altération du fond d'œil. On sait d'ailleurs que, contrairement à celle de l'atoxyl, l'amaurose, qu'elle est susceptible de déterminer, a une marche lente, débute par des troubles avertisseurs et permet ainsi, comme l'a montré Marcel Léger, d'interrompre à temps la médication.

---



# PSYCHASTHÉNIE ET OXALÉMIE

PAR

G.-P. TOYE (1)

« Seule, la compréhension synthétique de l'organisme peut nous donner une vue exacte de chacun des phénomènes dont il est le siège, ceux-ci n'ayant de sens que par rapport à l'ensemble. Alors, en effet, que sous l'influence de notre regretté maître Vialleton, nous étions arrivés à considérer les organismes, au point de vue morphologique, comme des touts, dominés par la loi des corrélations, l'idée nous était venue qu'il n'y avait pas lieu de séparer de ces touts ce qu'on désigne couramment sous le nom de psychisme. »

« Il s'agit, non de construire une théorie achevée, mais d'indiquer des *lignes de faits*... » (MOURGUE. — *La neurobiologie de l'hallucination*).

L'étude biologique des maladies mentales décèle la fréquence des concomitants somatiques, organiques ou fonctionnels, et autorise une thérapeutique rationnelle qui nous semble devoir être fructueuse.

De fait, la plupart des grands syndromes mentaux ont largement bénéficié des recherches expérimentales ; mais, par contre, les constitutionnels, les déséquilibrés, ceux qu'on désigne souvent du terme générique de « petits mentaux », n'ont peut-être pas autant profité de ces tendances actuelles.

C'est pourquoi il nous semble qu'il y aurait intérêt à souligner, à propos de la psychasthénie, quelques travaux montpelliérains de tendance nettement biologique.

Avant d'aborder l'essentiel de notre sujet, indiquons-en les limites.

(1) Travail de la clinique des maladies mentales (Prof. Euzière) et du Laboratoire de Pathologie expérimentale (Prof. agrégé Paul Pagès), de la Faculté de Montpellier.

Notre recherche des facteurs étiologiques possibles de la psychasthénie doit tenir compte de certaines critiques d'ordre nosologique.

Effectivement, il est des cas, relativement fréquents, en dépit des assertions des anciens auteurs, où une psychasthénie qui semble authentique évolue vers la dissociation hétérophrénique ou fait place à un état schizophrénique au sens de Claude.

Parfois, c'est un délire systématisé, hallucinatoire ou non, d'évolution chronique, qui succède à un tableau clinique primitivement psychasthénique.

Faut-il voir alors dans les accidents initiaux « une voie d'entrée », une manifestation primitive de la désagrégation mentale sous-jacente, qui va bientôt dominer la scène ?

Ou bien plutôt, faut-il considérer que le psychasthénique, porteur d'une tare, d'une insuffisance psychique, bien caractérisée dans ses manifestations, puisse, accidentellement et à la faveur d'une cause obscure, être atteint d'une affection mentale grave, à laquelle sa personnalité de base donnera parfois un cachet tout spécial ?

Chacune de ces conceptions peut revendiquer un certain nombre de faits ; et il est vraisemblable que les deux interprétations sont exactes.

Mais on comprendra facilement que, désireux de simplifier à l'extrême les données d'un problème éminemment complexe, nous ayons cru devoir éliminer de notre étude ces cas cliniques, dont la classification nosologique peut être discutable.

Aussi bien, l'obsession, même si elle semble avoir des caractères psychasthéniques, est-elle un processus psychopathologique assez couramment observé en clinique mentale, pour que sa présence, même prévalente, à une période donnée de l'observation, n'entraîne pas automatiquement le diagnostic de psychasthénie.

Sans doute « il est difficile de donner de la psychasthénie une définition à la fois brève et présentant de tels caractères d'objectivité qu'elle résume en quelques mots les traits essentiels de l'affection et ne s'applique qu'à elle » (Juquelier et Logre). Cependant, très témérairement, nous formulerons le postulat, accepté par beaucoup, que voici :

La psychasthénie est un syndrome, dont les caractéristiques psychiques essentielles constituent un fonds mental d'hyperémotivité, d'insécurité, de fatigabilité, de doute et d'irrésolution sur lequel se greffent des paroxysmes obsessionnels et impulsifs.

Souvent des stigmates physiques et fonctionnels s'observent :

ce sont de l'asthénie, des douleurs à prédominance abdominale, des troubles digestifs avec modification du transit, des troubles circulatoires du type hypotensif et surtout des troubles neuro-végétatifs, avec tendances sympathicotoniques.

L'évolution d'un tel syndrome est chronique, et est dominé par la notion de « poussées évolutives ».

Mais « à mesure que le sujet avance en âge, l'intensité des manifestations morbides s'atténue » (Dide et Guiraud).

L'étude étiologique d'un tel syndrome a conduit la plupart des auteurs et notamment Ségla, Pitres et Régis à opposer la forme constitutionnelle à la forme acquise.

L'hérédité chargée, le début précoce, sans troubles physiques ou causes morales graves seraient l'apanage du psychasthénique constitutionnel.

Au contraire, l'absence d'hérédité pathologique nette, le début plutôt tardif, la présence de toxi-infections plus ou moins discrètes, seraient les caractéristiques principales de la psychasthénie acquise.

M. Pierre Janet considère comme « théoriquement très juste » cette distinction clinique et il admet également la forme constitutionnelle et la forme acquise de la psychasthénie, tout en faisant des réserves sur l'intrication fréquente des facteurs constitutionnels et des facteurs acquis.

Il semble bien que, dans certaines observations, l'apparition des accidents psychasthéniques, chez un individu jusque-là absolument normal, soit liée à des désordres somatiques acquis, manifestations ou reliquats de toxi-infections variées, mais assez facilement dépistées.

Dans d'autres observations, l'importance des signes physiques et fonctionnels, particulièrement l'intensité des manifestations digestives, des troubles neuro-végétatifs et endocriniens, leur début tardif et souvent brutal, leur caractère nettement objectif, autorisent à suspecter une étiologie vraiment occasionnelle, exogène pour tout dire.

Effectivement, M. Paul Pagès a, depuis longtemps, souligné l'intérêt de ces états psychasthéniques, prémonitoires de poussées tuberculeuses évolutives. Il affirme, par ailleurs, que « la psychasthénie des tuberculeux guéris est plus importante encore ».

Pour lui, l'origine tuberculeuse de certaines psychasthénies est largement démontrée par les faits.

L'étude des troubles digestifs des psychasthéniques a permis à MM. Euzière et Paul Pagès d'attirer l'attention sur la fréquence des périviscérites droites, dont ils ont pu déceler les signes clini-

ques et radiologiques, chez ces malades, et qui ont pu parfois être constatées au cours d'interventions chirurgicales, que l'intensité des troubles digestifs semblaient légitimer. Or, on sait que ces périviscérites digestives, responsables de troubles du transit intestinal, de douleurs, à sièges, et à horaires capricieux, de troubles neuro-végétatifs divers, par irritation directe ou à distance des plexus, sont sous la dépendance d'infections chroniques, au premier rang desquelles il faut placer la tuberculose.

Mais il est de fait que cette tuberculose possède des caractères particuliers. Elle est peu ou pas évolutive. La périviscérite digestive est l'apanage de certains terrains, peu favorables au développement du bacille de Koch.

M. Paul Pagès, partant de ces constatations cliniques, est arrivé à considérer la psychasthénie, surtout dans ses formes hypocondriaque et anxieuse, comme un processus psychique, conditionné par une périviscérite digestive, elle-même sous la dépendance d'une infection tuberculeuse, à tendance peu évolutive.

Ce qui semblerait bien montrer le rapport indiscutable entre les troubles psychasthéniques et le caractère spécial de l'infection tuberculeuse, c'est que, ainsi qu'on l'a signalé dans l'évolution de la démence précoce, M. Paul Pagès a expressément noté des alternances de paroxysmes psychasthéniques et de poussées évolutives tuberculeuses.

En conséquence, M. Paul Pagès s'est cru autorisé à ranger certaines formes de psychasthénie, ayant indiscutablement des rapports avec l'infection tuberculeuse dans le groupe de ce qu'il appelle les « paratuberculoses ».

Ce sont des syndromes caractérisés par l'exagération des processus de défense antituberculeuse et dans lesquels « l'organisme, du fait des modifications humorales intenses traduira par des malaises variés, représentant les conséquences du bouleversement de la formule nutritive initiale, sa réaction à l'agression tuberculeuse ».

Des considérations immunologiques ont amené M. Paul Pagès à soutenir l'importance du facteur chimique, reflétant une déviation métabolique des constituants humoraux, dans les processus antituberculeux. Cette conception, qui pose un grave problème de pathologie générale, a été développée longuement dans la thèse de notre camarade Depoire et dans la nôtre. Nous y renvoyons pour plus de détails. Il est impossible, dans une courte étude comme celle-ci, de montrer sur quelles bases solides et sur quelles références s'appuient ces conceptions, qui sont étayées par de nombreuses vérifications expérimentales.

Certains points sont acquis :

1° L'immunité antituberculeuse *naturelle* est liée à une composition particulière des humeurs de l'animal, qui le rend apte à neutraliser le bacille par des actions phagocytaires plus ou moins complètes et par des précipitations calciques (Metchnikoff, Métalnikov, Dembrinski, Hollande).

2° « L'immunité *acquise* ne diffère pas quant à la mise hors de cause du bacille, de ceux qui ont été décrits comme particuliers à l'immunité naturelle. » (Pagès).

3° « Nous ne connaissons pas très exactement le processus qui préside à l'extinction d'un foyer tuberculeux, ni la part qui, dans ce processus, revient respectivement aux facteurs de l'immunité *naturelle* et à ceux de l'immunité *acquise*. » (Bordet).

4° « L'allergie n'est pas toute l'immunité. Sans doute n'est-elle même pas le support de toute l'immunité *acquise*. » (Bordet).

5° Les réactions imputées aux anticorps, celles qui signent l'allergie sont surtout un rapport avec la composante *physique* du complexe humoral.

6° Certains éléments *chimiques* s'opposent d'une façon indéniable, à l'évolution des lésions tuberculeuses : « Troubles du métabolisme des graisses (obésité) ou des lipoides (lithiase cholestérinique) ou de la chaux associée ou non aux lipoides (sclérose) ou du phosphore (lithiase phosphatique) ou des nucléo-protéides (lithiase uratique). »

Ces faits ont été exploités par la thérapeutique (huile de foie de morue, morrhuate ou gydnocardate de soude, sels de choline, glycérophosphates alcalins, etc...).

7° *Expérimentalement*, in anima vili, l'acide formique et l'acide oxalique se sont opposés à la prolifération tuberculeuse.

Dans la série animale, les taux d'acide oxalique trouvés croissent proportionnellement à l'immunité antituberculeuse. Chez l'homme, de nombreux dosages chez les tuberculeux évolutifs ont montré des chiffres très bas d'acide oxalique.

« Il ne serait pas excessif de tenir une oxalémie élevée pour l'indice d'un pronostic favorable. » (Pagès).

L'acide oxalique s'oppose au développement de la tuberculose expérimentale banale du cobaye. Celle-ci ne peut être obtenue par l'injection de cultures additionnées d'acide oxalique.

L'action de la tuberculine oxalique sur l'animal sain, sur le cobaye tuberculisé et sur l'homme donne des résultats également intéressants, encore que sujets à interprétation.

8° Parmi les états, au cours desquels Lœper a décelé un taux élevé d'oxalémie figure la psychasthénie.

Depoire, qui a dosé dans le laboratoire de M. Paul Pagès, l'oxalémie, par la méthode de Lœper, a trouvé chez tous les psychasthéniques du service de M. Euzière qu'il a examinés (une douzaine environ) des chiffres élevés variant de 0 gr. 02 à 0 gr. 09.

Et voici le tableau de l'oxalémie tel que le trace Lœper : « L'oxalémie est un être nerveux, irritable et fatigué, fréquemment dyspeptique et douloureux... Et il est, contrairement à l'uricémique, un hypotendu.

« A un degré de plus, sa dyspepsie se manifeste par des malaises pénibles ou par des douleurs tardives ; les algies abdominales et les cœlialgies évoluent vers les crises gastro-entéralgiques véritables... Quelquefois aussi, les selles contiennent du mucus et la mucorrhée apparaît. »

Les réactions psychiques morbides apparaîtraient alors comme une simple superstructure. L'essentiel serait les troubles cénesthésiques, déclanchés par l'intoxication oxalique.

Pour M. Pagès le fait n'est pas douteux : l'oxalémie, qui serait un facteur de résistance à l'infection tuberculeuse, pourrait, par son excès, créer certains syndromes authentiquement psychasthéniques.

Il est bien certain que la psychasthénie constitutionnelle, l'ancien délire émotif de Morel, la folie du doute de Falret, le délire du toucher de Legrand du Saulle, évoluant sur le terrain de *dégénérescence* qui lui est propre ne serait pas réductible à une, telle pathogénie.

D'autre part, une conception humorale de la psychasthénie donnerait moins d'importance étiologique au mécanisme psychologique « du sentiment d'incomplétude », de « la perte de la fonction du réel », des « agitations forcées ».

Ce côté du problème n'est certes pas à rejeter.

Mais Mallet pense aussi « que chez le psychasthénique, l'élément physique joue un rôle prépondérant..... On peut se demander si le syndrome mental n'est pas tributaire du syndrome physique... », « elle (l'obsession) est toujours conditionnée par l'état physique ; celui-ci peut exister seul, en dehors de toute obsession ». Et il ajoutait, parlant du psychasthénique, « c'est aussi et surtout un malade physique... et nous espérons que les études en cours sur le déséquilibre vago-sympathique et ses rapports avec les chocs anaphylactiques, sériques, peptoniques, colloïdaux, etc., enrichiront la thérapeutique, encore bien sommaire,

d'états qui relèvent de la physiologie autant que de la psychologie ».

Par ailleurs, nous soulignerons que l'hypothèse exposée d'une intoxication possible par des déviations métaboliques n'est pas nouvelle venue en psychiatrie.

Montassut a montré le rôle de l'alcalose dans la genèse de certains états dépressifs neurasthéniformes et a expliqué « la guérison de 5 heures » si souvent notée chez ces malades par un retour à l'équilibre acido-basique.

Hesnard envisage la plupart des phénomènes névrosiques et psychosiques comme résultant de troubles humoraux, agissant sur le système neuro-végétatif-cénesthésique.

La conception de M. Pagès, pour originale qu'elle soit, n'a donc rien de révolutionnaire.

Nous ne pensons pas expliquer par le mécanisme humoral envisagé l'étiologie de toutes les psychasthénies *acquises*, et nous rappellerons que notre maître Euzière, dans une leçon récente sur le syndrome sympathique cervical postérieur, professée à la Faculté de Médecine de Barcelone, signale, au cours du syndrome de Barré, des états psychasthéniques.

Il n'en reste pas moins que l'hypothèse de travail que nous venons d'exposer s'est déjà montrée féconde et qu'elle permet une interprétation satisfaisante de certains faits, dont l'expérience clinique nous avait enrichis.

Nous permettra-t-on de conclure par cette phrase de C. Von Monakow :

« Ce qui nous manque aujourd'hui, ce ne sont pas les faits, ils surabondent, mais plutôt un esprit synthétique qui saura les comprendre et les analyser, tout en les rapprochant et qui saura en faire ressortir la profonde unité. »

Cette appréciation souligne l'intérêt qui s'attache à la tentative de M. Paul Pagès de subordonner, à des déviations métaboliques, occasionnées par l'infection tuberculeuse, des syndromes mentaux comme la psychasthénie et la démence précoce.

#### PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ACHARD. — *Troubles des échanges nutritifs* (Masson et C<sup>e</sup>, 1926).

DEFOIRE. — Essai sur le rôle de l'acide oxalique dans l'immunité antituberculeuse. *Thèse de Montpellier*, 1934.

EUZIÈRE. — Leçon professée le 1<sup>er</sup> mars 1934 à la Faculté de Médecine de Barcelone, in *Languedoc Médical*, mai 1934.

- EUZIÈRE et PAGÈS. — « Les formes psychiques des périviscénites digestives. » (*Bull. soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, 1928, pp. 90-96).
- JAULMES (Francis). — L'état mental au cours des périviscénites. (*Thèse Montpellier*, 1926).
- LOEPER. — *Journal médical français*, juin 1924. Conférences aux journées thermales de Clermont-Ferrand, 1927.
- MALLET (R.). — Séméiologie mentale in *Traité de Psychiatrie* de Sergent, 1926.
- PAGÈS (P.). — Les périviscénites digestives. Etude clinique générale. (*Arch. Soc. des Sc. et biol. de Montpellier*, juillet, 1929, p. 368-375).
- TOYE. — *Contribution à l'étude physio-pathologique de la démence précoce*, Montpellier, 1934.
- WELLS (G.). — *Les facteurs chimiques de l'immunité*. G. Doin, 1928.
-



## POSITIVISME MÉDICAL ET RESPONSABILITÉ PÉNALE

PAR

N. SENGÈS

La question de la *responsabilité pénale*, autour de laquelle s'affrontent des conceptions juridiques, psychologiques et médicales opposées, ne peut être comprise et discutée dans tous ses éléments, sans confronter deux conceptions différentes de la nature humaine et, secondairement, de la défense sociale, contre les délinquants ou les criminels. Ce qui est en jeu dans une discussion de cet ordre, c'est la valeur de la *conception positive* de la nature humaine et la critique de toute *une échelle de valeurs* sur lesquelles nous vivons, la valeur et l'efficacité de nos méthodes « biologiques », appliquées à l'étude du comportement humain, en opposition avec des valeurs ou des « préjugés » traditionnels, sur lesquels reposent encore les conceptions juridiques de la défense sociale. Dans le Code Pénal actuel, qui remonte au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les actes commis dans un état de démence (Article 64 du Code Pénal), c'est-à-dire, à l'origine, dans un état de trouble mental paraissant évident, bénéficient de la notion d'*irresponsabilité*. Un être privé momentanément ou de façon durable de l'intelligence et de la raison normales, c'est-à-dire de la faculté de discerner le Bien du Mal, un être de ce genre est, sans difficultés, reconnu irresponsable. Mais la notion, non seulement de maladie mentale, mais de trouble mental, a varié avec le temps. Elle s'est étendue, enrichie et elle a englobé, progressivement, des états, qu'une société, moins pénétrée que la nôtre de méthodes biologiques et de positivisme médical, n'eût pas reconnus comme pathologiques. L'étude de psychisme et des réactions antisociales, que des états dits morbides aujourd'hui, peuvent entraîner, n'était pas alors du domaine de la médecine ou de la science. Des questions de ce genre n'avaient

pas de sens, ou un sens très différent de celui que nous mettons dans nos jugements. Elles étaient abordées et jugées, avec des idées religieuses et psychologiques basées sur des principes moraux dérivant de la notion de la liberté humaine et de la responsabilité morale, *sine materia*, en quelque sorte ; sauf inconsciente évidente, (les « innocents », les simples d'esprits et certains aliénés ont dû être reconnus de tous temps), on ne pouvait faire intervenir des influences pathologiques, pour expliquer certains actes qui paraissaient, au contraire, découler d'une nature perverse ou d'une volonté nettement exprimée. L'idée que l'âme immatérielle, et que les actes humains qui dérivent du libre choix de la conscience, peuvent être influencés par des maladies mentales ou des déséquilibres variés, tels que nous les concevons aujourd'hui, n'était pas familière à nos devanciers, et représente, surtout, une conception moderne. La « maladie mentale » était alors appréciée avec des raisonnements purement psychologiques ou moraux, autrement dit, on n'avait pas la notion qu'elle pouvait être la conséquence d'un trouble de la physiologie générale ou cérébrale, ou encore, le résultat de tares biologiques, héréditaires ou acquises. Si on peut prouver que certains médecins légistes, tels que Zacchias, et certains hommes éclairés, ont pu autrefois se poser, dans certains cas, des questions de ce genre, le milieu social, l'ensemble des croyances, religieuses, psychologiques, morales, et l'ignorance médicale, rendaient très difficile ou impossible l'extension de ces notions. Nous allons donc résumer, sans aucune prétention à une précision juridique ou historique, la conception traditionnelle qui a présidé et qui préside encore à l'appréciation des actes humains et à la répression pénale. Cette conception découle nécessairement d'un état social déterminé, et de tout un ensemble de croyances et de jugements, puisés dans la vie collective. La notion de *responsabilité pénale* est basée sur le principe du *discernement* du Bien et du Mal et sur le respect des lois qui en donnent la définition légale. Cette notion admet implicitement la *liberté humaine* ; elle admet également que l'intimidation par les sanctions et les peines est un frein, plus ou moins puissant, pour endiguer le développement des instincts antisociaux. Elle repose philosophiquement, et surtout religieusement, sur l'idée de l'expiation et du remords. Elle n'est pas purement positive et utilitaire. En droit et théoriquement, la peine est une *compensation* à un désordre produit par l'infraction à la loi qui est d'inspiration divine : l'*expiation* rétablit un équilibre moralement et socialement troublé. Si l'idée obscure du *talion* est à la base de la répression pénale tradition-

nelle, il y a sans doute en elle d'autres éléments psychologiques, moraux et sociaux : l'idée d'un désordre produit dans le corps social au sens large du mot, (les croyances collectives en faisant partie), étant sous-jacente, et justifiant l'expiation qui, en principe, était publique et solennelle. Cette notion de la responsabilité et de la nécessité de l'*expiation* est basée sur une conception religieuse et morale de la nature humaine sur laquelle nous vivons encore. Les principes religieux primordiaux apprennent aux humains à réfléchir avant d'agir, à peser le bien et le mal, à délibérer avant l'action et, en cas de chute, à supporter les conséquences de leurs actes. Il faut réparer le mal qu'on a commis, en supporter les conséquences légales, et il faut *se repentir*, c'est-à-dire désavouer l'acte qu'on a commis, en désirant sincèrement s'améliorer ou, en tous cas, faire effort pour ne pas recommencer. En prolongeant, de plus, par l'idée de la vie future, de la damnation ou du salut, non seulement les peines temporelles infligées aux coupables, mais encore tous les actes et toutes les pensées humaines, le principe religieux donne à la peine, non seulement un caractère de fait et d'intimidation, mais un caractère moral. Il sauvegarde la conscience morale et la vie intérieure profonde : un droit d'appel invincible et surnaturel reste ouvert au malheureux coupable comme au simple pécheur. Donc, au point de vue théorique, le péché (qui n'est pas nécessairement l'acte antisocial) est une chute morale ; au point de vue social, l'infraction à la loi a pour conséquence une peine, c'est-à-dire un poids mis dans la balance pour équilibrer la mauvaise conscience et l'inviter à réfréner ses impulsions. Parallèlement à la peine, une idéologie religieuse invite les hommes et les criminels à travailler à leur rénovation morale et à leur salut. La peine, dans le plan social, doit, non seulement intimider, mais transformer, améliorer, rénover. La conscience religieuse des Russes modernes, (Tolstoï, Dostoïevski), si pénétrée de mysticisme et de souci de vie morale, se pose en plein XIX<sup>e</sup> siècle positiviste des problèmes de conscience, en marge, sans doute, de l'orthodoxie religieuse occidentale, mais qui nous paraissent dériver de la même conception de la vie intérieure profonde et du même souci de rénovation spirituelle. Donc, des hommes *moralement libres*, doués de la faculté de discerner le bien du mal, sont soumis à des règles morales pour endiguer les impulsions de leur nature déçue (toutes les formes du péché au sens religieux du mot) et, à une échelle de peines qui *matérialisent* le glaive qui frappe le coupable, le supprime quelquefois ou lui imprime une flétrissure morale en le punissant plus ou moins lourdement, et en réfré-

nant ainsi, chez lui et chez les autres, les instincts vicieux ou les impulsions libérées ou latentes de leur nature antisociale.

Mais depuis fort longtemps, les hommes, même les réalistes et les moins sentimentaux, ont admis que tous les hommes ne sont pas doués de *discernement* ou que leur discernement peut être incomplet ou perturbé. C'est une constatation vieille comme le monde, que les enfants, jusqu'à un certain âge, dont les limites sont d'ailleurs assez imprécises, sont privés de discernement. Ils sont encore par-delà le bien et le mal puisqu'ils n'ont pas encore vécu ; mais on admet communément que l'expérience du « bien et du mal » se dépose assez vite dans les consciences infantiles et les théologiens ont discuté, je crois, sur l'âge du discernement et du « péché » chez l'enfant. Ceci veut dire qu'avant de parler de responsabilité *sociale* ou *légale*, on peut entrevoir chez l'enfant des tendances bonnes, normales, ou des tendances vicieuses. La vie intérieure d'un enfant, et secondairement, sa conduite, peuvent révéler, bien avant l'âge de la responsabilité légale, une nature perverse, méchante ou vicieuse, celle-ci n'étant pas nécessairement, d'après les appréciations traditionnelles, la conséquence d'un état pathologique, mais d'une nature vicieuse, dont l'enfant supportera, en principe, les conséquences morales et sociales. Pour l'adulte, le sens commun et la loi admettent, sans difficultés, que certains états congénitaux ou acquis altèrent, suspendent, détruisent même toute notion de discernement, c'est-à-dire toute notion de responsabilité morale et, *à fortiori*, de responsabilité pénale. L'article 64 du Code Pénal français déclare « qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister »... La notion de trouble mental est ainsi introduite dans le Code, mais elle est limitée à l'origine, aux cas évidents, grossiers en quelque sorte aisément reconnaissables (sauf simulation, bien entendu). En somme, la loi admet que l'individu qui n'a pu vouloir *consciemment* et *librement*, faire ce qu'il a fait, celui qui a cédé à un trouble mental qui le *différençiait nettement* des autres hommes, celui-là ne peut être puni. Il est *irresponsable*, il ne faisait pas partie, quand il a commis son acte, de la *communauté humaine*, au sens spirituel et moral du mot. Tels sont, croyons-nous, en *raccourci*, les fondements psychologiques, moraux et, secondairement juridiques, de la notion de responsabilité humaine, sociale et pénale, et également, les limites, à l'origine, de la notion d'*irresponsabilité totale*, au sujet de laquelle il ne pouvait s'élever de sérieuses contestations.

Si le problème juridique de la défense sociale avait toujours été posé dans des termes aussi précis, et avec une opposition aussi absolue, entre les inculpés présumés normaux et responsables et des états d'aliénation évidents, autrement dit, si le progrès des sciences médicales et biologiques n'avait pas, peu à peu, étendu le champ des affections et des troubles mentaux, la distinction entre les individus « responsables » pénalement de leurs actions et les malades mentaux irresponsables, eût été aisée. Les principes juridiques, psychologiques et moraux sur lesquels repose la répression traditionnelle, auraient continué à diriger sans discussion la défense sociale. Un *coupable* normal doit être puni, mis dans l'impossibilité de troubler l'ordre social et, si possible, de la tentation de recommencer. Un dément *criminel* doit être interné, disparaître de la société, soigné, s'il est guérissable, gardé comme un malheureux, assisté et protégé, s'il ne l'est pas. Telle était, selon nous, la doctrine et la situation de fait, avant que l'étude méthodique de la « Folie » et des « Dégénérescences humaines » ait ouvert la voie à la Psychiatrie et, progressivement, ait modifié profondément les termes du problème. Au début du xix<sup>e</sup> siècle, l'esprit positif et médical s'introduit dans l'étude de l'homme moral. Avec Cabanis et les idéologues, un esprit sensualiste qui se recommande de l'expérience, introduit le souci de la clarté et des explications positives, dans l'étude des phénomènes psychologiques. Et la médecine mentale inaugure, avec Pinel, la période moderne. Sous son influence, en France, on commence à ne plus redouter les aliénés comme des bêtes fauves, on soupçonne que ce sont, non seulement des malheureux, mais des malades dignes, non seulement de commiseration, mais de traitements humains (1).

Peu à peu, on apprend à classer les malades par catégories, on décrit des formes cliniques, on isole les folies circulaires, la

(1) Nous avons probablement des idées un peu superficielles et schématiques, sur l'opinion qu'on se faisait des aliénés sous l'Ancien Régime et sur le traitement qui leur était appliqué. Les études de M. Sérieux montrent qu'il existait, au xviii<sup>e</sup> siècle, des Maisons d'Aliénés et de Correctionnaires, où l'on traitait humainement les malades et où l'on retenait des anormaux déséquilibrés ou pervers. Les Maisons de Force, de la Bastille, ont retenu par « lettre de cachet » des fous moraux ou des grands déséquilibrés. Il est permis, toutefois, de penser que ces traitements, ou ces mesures de sécurité, s'appliquaient à un nombre relativement restreint de malades ou de correctionnaires. Ces faits n'infirmant pas, je crois, le point de vue que nous soutenons : la transformation des conceptions générales qui président à l'étude des maladies mentales et des « Dégénérescences humaines », et secondairement, l'influence des conceptions nouvelles sur la notion de responsabilité pénale.

paralyse générale avec Bayle. Du chaos des lypémanies, sortiront peu à peu la mélancolie et certains délires mélancoliques et de persécution. Ce rappel panoramique n'a nullement la prétention d'indiquer une chronologie exacte, mais veut simplement montrer une direction et un progrès. Plus tard Morel, dans son *Traité de Dégénérescence de l'Espèce humaine*, étudie les causes biologiques et naturelles de ces dégénérescences, avec le souci de démontrer l'origine et la formation des variétés morbides dans l'Espèce humaine et « l'ambition de travailler à l'amélioration intellectuelle, physique et morale de l'Espèce humaine », ce sont ses propres expressions. Plus tard encore, Magnan, s'inspirant des idées de Morel, étend et précise la notion de Dégénérescence mentale et isole un vaste groupe, celui des « dégénérés », dont il fixe dans le détail les caractéristiques morphologiques, cliniques, psychologiques et le comportement social éventuel. Quelles que soient les critiques auxquelles a donné lieu la doctrine, aujourd'hui périmée, de Magnan, quelle que soit la dissociation partielle qui en a été faite, avec la description, par les auteurs allemands, de la première démence précoce (la notion de Schizophrenie, beaucoup trop extensive ayant, à son tour reconstitué un bloc aussi indéfini dans ses contours que la dégénérescence mentale), il n'en reste pas moins qu'il existe, en psychiatrie, un groupe d'affections ou d'états que l'on ne peut comprendre, en France, qu'à la lumière de la description de Magnan : dégénérés moyens et supérieurs, déséquilibrés, etc., répondent à des réalités cliniques indiscutables. Comprenant cliniquement la neurasthénie ou certaines formes de neurasthénie et d'émotivité morbide, les obsessions, les phobies et les impulsions morbides, les perversions sexuelles, les toxicomanies, l'excitation ou la dépression « constitutionnelles » avec ou sans idées délirantes (généralement non évolutives), le déséquilibre mental, c'est-à-dire un mélange d'excitation allié à un manque d'harmonie psychique, de jugement ou de moralité, certains troubles du caractère constituant la petite paranoïa, des états passionnels (revendicateurs, processifs, etc.), des esprits sectaires et faux (parfois meurtriers politiques), certains érotomanes, enfin jusqu'à des états décrits comme des vices par les moralistes (avarice morbide, etc.), cette vaste synthèse groupe des affections ou des tempéraments morbides dont la caractéristique est :

- 1° d'être, en principe, permanents avec de faibles variations et des crises paroxystiques ;
- 2° de ne pas évoluer vers des états plus graves, comme une maladie mentale évolutive ;

3° de permettre, de façon habituelle ou suffisante, parfois avec des éclipses de durée plus ou moins longue, de permettre la vie sociale. Ce ne sont pas, en général, des aliénés permanents, au sens exact du terme. Insuffisants, inadaptés, désharmoniques, pervers, etc., ils peuvent, dans d'autres cas, mener une existence suffisamment correcte, parfois brillante, ou se révéler par des lacunes plus ou moins graves et entrer dans le domaine de la délinquance ou du crime. Ce groupe appartient nettement à la psychiatrie par beaucoup de ses manifestations cliniques et médico-sociales ; c'est parmi les anormaux et les malades qui le constituent que se rencontreront un certain nombre de délinquants ou de criminels auxquels s'appliquera, à tort ou à raison, la notion de responsabilité atténuée et, dans les cas caractérisés, la notion plus nette d'irresponsabilité totale.

C'est ce groupe, dont l'annexion à la psychiatrie, et secondairement à la médecine légale psychiatrique, va créer du flottement et des contradictions dans les décisions proposées par les experts à la justice. N'étant pas toujours, souvent pas du tout, justiciables de l'internement dans l'esprit qui préside à l'internement actuel, quoique atteints ou porteurs de tares névropathiques ou mentales variées, les anormaux ou les déséquilibrés de ce genre posent, quand ils tombent sous le coup de la répression pénale, des questions embarrassantes aux magistrats et aux experts. Ils illustrent la divergence qui existe entre les conceptions juridiques qui président à la défense sociale et des conclusions médicales, qui ne peuvent être traduites, dans l'état actuel de la législation, dans un langage approprié, avec des mesures de protection, de prophylaxie ou de « traitement », inspirées par l'examen médical impartialement conduit. Nous y reviendrons en étudiant la notion de responsabilité atténuée et les contradictions où elle conduit, actuellement, si elle n'est pas maniée avec beaucoup de prudence et de discernement médical et social.

Avec Lombroso, ses adeptes et ses successeurs, une ère nouvelle semble s'ouvrir dans l'étude des criminels proprement dits, ceux qui, n'étant ni internés, ni considérés comme des malades, étaient réservés à la répression pénale et peuplaient les prisons où Lombroso les a étudiés. Lombroso, imprégné des conceptions de la dégénérescence mentale et d'esprit biologique, crut, après l'examen d'un grand nombre d'entre eux, trouver des parentés et des liens évidents entre les aliénés et les criminels. Décrivant leurs stigmates de dégénérescence, leurs tares intellectuelles ou morales, il aboutit, en gros, à la notion que les criminels d'habitude, les récidivistes, se rattachent à la famille des dégénérés et,

par des liens visibles, à un tronc commun, d'où dérivent les aliénés et certains criminels. Il n'y a pas de frontière entre les deux groupes, la criminologie et une annexe de la psychiatrie. Les criminels étudiés « biologiquement » sortent (du moins certains d'entr'eux) du tronc commun d'où se détache la famille des dégénérés, souvent délinquants ou criminels, et les aliénés-malades. Les réactions sociales seules les ont différenciés, les uns aiguillés vers l'Asile avant la délinquance ou le crime, les autres ayant eu le temps de manifester, par des délits ou des crimes, leurs tares mentales et leur incapacité de s'adapter à la vie sociale normale. Avec sa conception du « criminel né », c'est-à-dire de l'être biologiquement et psychologiquement dégradé qui serait incapable, comme l'aliéné, de s'adapter à la vie sociale et qui la trouble par ses réactions passionnelles, instinctives, foncièrement antisociales, le criminel-né est présenté comme un type de dégénéré prédestiné, en quelque sorte, par son organisation, au crime ou à la délinquance. Il est cela fatalement, en vertu d'une nécessité de sa nature, il est incapable de s'améliorer et de s'adapter. La répression pénale, basée sur les principes que nous avons exposés, est donc inefficace et illogique, puisqu'elle procède d'une connaissance empirique et imparfaite de sa mentalité et de sa nature. Donc, progrès et extension de l'étude biologique de l'homme, pour expliquer, d'une part, les maladies mentales par des causes médicales, et pour appliquer, d'autre part, les mêmes méthodes à l'étude du criminel.

Le criminel, et particulièrement le « criminel-né », est une variété de dégénéré, de déséquilibré ou de « malade » : c'est une nature *dégradée* par des tares biologiques, et secondairement morales, ou plutôt ses lacunes morales sont la conséquence de tares médicales acquises ou héréditaires. Le mal moral a sa source, en somme, dans un vice de l'organisation biologique ; il est comme une dégradation d'un état physiologique primitif supposé normal et sain, dans lequel l'individu est supposé moral et bon, et capable de s'adapter, sans la troubler, à la vie sociale et morale de son époque. Curieuse transposition, semble-t-il, en langage « biologique », du dogme de la « chute » de l'homme, sous l'influence de fatalités purement extérieures (maladies, intoxications, tares diverses créant, pour les modernes, l'hérédité névropathique). L'homme sain est donc supposé moral ou, en tous cas, sociable et capable de se rendre utile, ou, plus exactement, il conviendrait de conclure que l'individu incapable de s'adapter aux conventions sociales, juridiques et morales, celui qui trouble l'ordre social, est un malade ou un dégénéré. L'homme



sain est bon, il travaille avec les autres hommes à sa propre amélioration et à l'amélioration sociale. Il est solidaire, il se sent plus ou moins nettement solidaire des autres hommes. Il est moral dans la mesure où il s'adapte à la société et la sert. Cela est possible, et parfaitement soutenable, mais suppose une doctrine donnée qui est loin d'être partagée par tous les philosophes, les esprits religieux ou les sociologues, et cette doctrine aboutit, semble-t-il, à une conception du droit et de la répression pénale basée sur une échelle de valeurs, des conventions et des moyens de défense assez différents de ceux qui nous régissent. En effet, si, par des études méthodiques et des examens médicaux et biologiques, impartiaux, on arrive à trouver, légitimement, des liens entre la famille névropathique, les « dégénérés », les aliénés (malades) et les criminels, on arrive à cette conclusion que, s'il y a des individus « normaux » qui commettent des délits ou des crimes, seuls ils subiront toute la rigueur des lois, la réprobation sociale et le caractère infâmant attaché aux peines dans la législation actuelle. Toute l'indulgence et l'impartialité « scientifiques » seront réservées aux criminels, même si ce sont des monstres (au sens tératologique et moral du mot, comme Landru, Vacher, Deulafet, ce dernier meurtrier de six membres de sa famille, mère, femme et enfants, etc.) ; certains experts ou « biopsychiatres » n'hésiteront pas en fait, ou en vertu de conceptions théoriques dérivées de celle que nous exposons, à réclamer pour ces criminels épouvantables, dont les noms sont encore dans toutes les mémoires, une place dans un asile d'aliénés. Si on admet des conclusions de ce genre, malgré la répulsion instinctive qu'elles provoquent dans la conscience publique, il faut pousser jusqu'au bout le raisonnement et la méthode, et admettre que l'esprit médical doit s'attaquer à l'étude du comportement psycho-social de tous les hommes, et particulièrement de ceux qui troublent l'ordre social, occasionnellement, par des délits et des crimes dits « normaux » (crimes passionnels, crimes dûs à la cupidité, à la paresse, crimes ou délits sexuels, toutes les formes de l'escroquerie et du vol, etc. Il faut remarquer, en ce qui concerne les crimes sexuels des « normaux », qu'ils sont souvent punis de la peine capitale, alors que des criminels « sadiques » bénéficient ou peuvent bénéficier de la notion de maladie ou de trouble mental. Or, les cas de maladie mentale incontestable mis à part, des impulsions sexuelles communes sont à la base de leurs crimes. Il est difficile, sur le terrain de la sexualité, si on n'a pas le parti-pris de réserver l'indulgence aux perversions sexuelles, de faire une distinction nette entre les

impulsions normales et « l'ivresse érotique », type Soleillant, par exemple, qui a bénéficié autrefois, si nos souvenirs ne nous trompent pas, d'une commutation de peine pour un viol suivi de meurtre.

En droit, sinon en fait, la doctrine « positive » veut donc que l'esprit de positivisme médical s'attaque à l'étude du comportement de l'homme normal ou présumé normal. En droit, la conduite de l'homme doit être réductible à une étude positive : les méthodes positives, médicales, doivent s'attaquer, s'attaquent à l'étude physiologique et pathologique des constitutions, des caractères et, secondairement, du mode d'activité qui en résulte. Les émotions, les passions, les instincts, l'affectivité seront, en droit, étudiées « biologiquement ». On entrevoit, par la convergence ou l'union de l'endocrinologie, des systèmes neuro-végétatifs et d'autres mécanismes, une étude raisonnée, scientifique, des fonctions psycho-physiologiques de l'homme. Donc, en vertu de ces progrès, et du positivisme médical qui les inspire, les nouvelles sciences biologiques étudient ou étudieront tout l'homme psychologique et « moral » et tenteront, de plus en plus, d'expliquer, par l'organisation, défectueuse ou normale, l'équilibre ou le déséquilibre de la conduite individuelle ou sociale. Telle serait, idéalement, croyons-nous, la *thèse positive* de l'étude du comportement « psycho-biologique » de l'homme social et de ses réactions anti-sociales. Tous les délinquants et les criminels examinés « biologiquement » avec le souci, ou l'hypothèse, de ramener la cause de leur délinquance ou de leur criminalité à des tares « biologiques », acquises ou héréditaires. On ne voit pas comment et où arrêter, si on adopte une conception de ce genre, la limite entre les « réactions normales » et les réactions pathologiques, si ce n'est en vertu de conventions préalables : mais alors, nous revenons à la division traditionnelle, responsabilité, irresponsabilité, responsabilité atténuée. Ces notions seront simplement « transposées » dans une langue « biologique » nouvelle, bref, à la limite, toute une échelle de valeurs et de jugements nouveaux, se substituerait à l'échelle des valeurs traditionnelles, psychologiques, juridiques et morales sur lesquelles nous vivons.

Donc, deux conceptions opposées de la psychologie humaine, normale et pathologique : l'une basée (réserve faite de certains états pathologiques incontestables et d'une zone frontière aux limites un peu indécises), sur la notion de responsabilité pénale, qui repose elle-même sur une conception religieuse philosophique, psychologique et juridique élaborée par un long passé de

civilisation « non scientifique ». L'autre conception, reposant sur des tendances et des principes affirmés, ou implicites, dont le but est d'étudier l'homme avec des méthodes « biologiques ». Le résultat de ces méthodes est d'expliquer ou de tenter d'expliquer le comportement individuel ou social par l'organisation psycho-biologique, le tempérament, la constitution, le caractère, influencés ou expliquée par des mécanismes humoraux, sympathiques, etc., eux mêmes réductibles, en droit, à une étude scientifique; par les méthodes générales de la biologie (hérédité, infections, intoxications, tares nerveuses, etc.). Une conception positive de ce genre, appliquée à l'étude du comportement social ou individuel de l'homme, et tout particulièrement à l'étude de la criminologie, déborde certainement le cadre de la science précise, quels que soient les arguments « scientifiques » que ses partisans intégraux croient trouver dans les études psychiatriques et dans l'étude des « Dégénérescences humaines ». Elle appuie ses conclusions ou ses tendances générales, tout autant sur un Credo positiviste, en quelque sorte, que sur des certitudes rigoureusement établies. Dès que l'on va au delà des constatations que des experts prudents tireront de l'examen mental, individuel, d'un criminel ou d'un délinquant déterminé, la doctrine générale inspirera des inquiétudes, entraînera des réserves ou des oppositions plus ou moins affirmées. Certains esprits, particulièrement versés dans l'étude minutieuse du système nerveux et de ses fonctions neurologiquement établies, et rendus circonspects et prudents par leur science même, considéreront comme des rêveries, dans l'état actuel de la science médicale, l'application de méthodes biologiques intégrales à l'étude du comportement de l'homme individuel et social.

D'autres, bien qu'ils entrevoient plus volontiers le problème, du fait de leurs études psychiatriques et de leur expérience de la médecine légale psychiatrique, préféreront se replier, en dehors des cas qui leur paraîtront *techniquement* pathologiques, sur les conceptions morales et juridiques traditionnelles. Ils attendront de l'avenir les progrès qu'ils souhaitent voir se réaliser; dans le dépistage des futurs délinquants ou criminels, la prophylaxie, la défense sociale basée sur une étude raisonnée et médicale de tout le problème de la délinquance et du crime. Esprits prudents et pragmatiques, ils demandent des améliorations localisées, et travaillent, sans souci d'établir une théorie générale biologique ambitieuse à transformer peu à peu, également, les conceptions traditionnelles de la répression pénale. Mais on ne peut nier que la doctrine générale positive de la

défense sociale contre la délinquance et le crime, par la prophylaxie médicale, par l'étude biologique raisonnée du comportement psycho-social des hommes depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, que la création d'Instituts ou d'Etablissements spéciaux d'études, de redressement, de « traitement » médico-social des « candidats » éventuels à la délinquance ou au crime, ou que le « traitement » d'une catégorie plus ou moins importante de délinquants ou de criminels, par des méthodes inspirées d'une connaissance véritable de leur nature, on ne peut nier que cette doctrine ne contienne une grande part de vérité, qu'elle ne soit, en tous cas, dans la ligne du progrès. Qu'elle ait pour conséquence de soustraire un grand nombre de criminels ou de délinquants à la répression pénale traditionnelle, et peut-être même de transformer peu à peu notre manière de juger des infractions antisociales de l'homme en général, cela est possible également. Mais ici la doctrine est sur un terrain beaucoup plus aventureux et elle nécessite de sérieuses retouches et une analyse plus profonde de la conduite humaine, si on ne veut pas aboutir à un matérialisme biologique, superficiel et faux. Faisant abstraction des *audaces*, des *anticipations* et des erreurs possibles (certaines pour nous, si on ne corrige pas la doctrine) de la thèse générale positive de la « responsabilité » et de la défense sociale qui en découle, nous allons la prendre comme une doctrine théoriquement achevée, pour l'opposer à la doctrine traditionnelle de la responsabilité pénale et de la défense sociale qui en découle nécessairement.

Voyons comment vont interférer dans la pratique, se choquer et quelquefois se neutraliser, au grand dommage de l'ordre social, et en provoquant des désordres et des remous divers dans les esprits, ces deux conceptions, l'une juridique traditionnelle, d'ailleurs déjà entamée, et l'autre, en voie de développement progressif, avec des timidités ou des audaces individuelles variées, les uns s'adaptant aux conceptions traditionnelles et limitant leur rôle et leur ambition à l'étude des cas pathologiques incontestables ou nettement discernables par une étude attentive, les autres s'aventurant sur une voie nouvelle qui paraît être, en principe, mais sous certaines réserves et certaines améliorations, celle de l'avenir. L'examen mental d'un nombre de plus en plus important d'inculpés de crimes ou de délits, l'examen des enfants ou des mineurs délinquants est devenu d'un usage courant. Juges d'instruction ou tribunaux désignent un ou plusieurs experts pour examiner des inculpés présumés anormaux ou atteints de maladies mentales, et ces experts doivent répondre à des ques-

tions précises ou à des questionnaires détaillés suivant la terminologie traditionnelle de la responsabilité. Quelquefois, on posera à l'expert des questions purement médicales, mais, dans ce cas-là, la réponse qu'il donnera ne pourra généralement pas se traduire par des mesures appropriées à son diagnostic. Pratiquement (la question des enfants délinquants exceptée), l'expert est chargé par la loi (en vertu de l'article 64 du Code Pénal) et par les usages judiciaires qui ont largement étendu les limites de sa mission, par l'introduction, dans les questionnaires, de la notion de « responsabilité atténuée », (on peut se référer aux questions diverses posées à l'expert à la suite de circulaires ministérielles sur la recherche des tares biologiques, etc.), pratiquement donc, l'expert est chargé, aujourd'hui, de pratiquer un examen mental élargi, dont va dépendre, le plus souvent, le sort de l'inculpé. Il devra répondre aux questions posées suivant trois possibilités (responsabilité entière, responsabilité atténuée, irresponsabilité totale) et en se conformant, en principe, au langage juridique qui lui est soumis et presque imposé. Or, la forme de son esprit et sa culture technique l'obligent à se poser les problèmes psycho-biologiques qui lui sont posés avec le souci, ou la tentation naturelle, de leur trouver une explication médicale. Médecin, il travaille pour trouver le secret d'un mécanisme physiologique ou la cause d'une maladie, pour aboutir, quand il le peut, et il le veut toujours, en droit, pour aboutir à un diagnostic, à un pronostic et à un traitement. Dans le domaine de la psychiatrie appliquée, à l'étude de la médecine légale, dans le domaine de la criminologie et, plus généralement, dans l'étude de l'homme moral et du comportement humain, qu'en fait la médecine entame déjà, par l'étude des constitutions, des tempéraments et des caractères, et par tout ce qu'on peut entrevoir dans ce domaine à l'avenir, l'esprit médical apporte nécessairement les mêmes méthodes et le même besoin d'aboutir à des conclusions thérapeutiques, découlant d'une connaissance rationnelle ou expérimentale de l'homme. Quand on lui demandera son avis sur un trouble psychique réel ou présumé réel (il ne faut pas oublier que l'expert doit dire quel était l'état mental de l'inculpé, au moment de l'acte qui a été commis, et non seulement au moment où il pratiqua l'examen) l'expert est donc professionnellement tenté, et même obligé, de chercher une explication médicale ou « biologique ». Même s'il ne s'arrête pas à une forme clinique précise de maladie mentale, il recherchera dans les antécédents personnels ou héréditaires de l'inculpé, l'existence de tares physiques ou morales, il explorera son passé

pour y rechercher l'existence de maladies, d'intoxications, d'infections, bref d'incidents pathologiques variés qui pourraient, d'après son expérience et sa science médicale, expliquer le comportement « anormal » qu'il est chargé d'apprécier. Sans doute à l'heure actuelle une différence existe dans son esprit entre le « psychologique » et le « pathologique », mais cette différenciation n'est pas toujours facile à faire. En matière d'états passionnels apparentés à la paranoïa, pour ne parler que de ce problème, on a vu, dans plus d'une affaire célèbre, des experts se contredire et soutenir, les uns que l'inculpé ou l'inculpée était « normal » et que ses réactions étaient des réactions passionnelles, encore psychologiques et normales, d'autres que ses réactions étaient l'expression d'un véritable délire de jalousie pathologique. Et il faut avouer qu'il est difficile de les départager impartialement. D'autre part, on peut se demander si cette « différence » n'est pas en partie artificielle, et si elle ne résulte pas, seulement, des conventions traditionnelles qui font coexister dans le même esprit, à côté de l'esprit médical dont nous avons esquissé les tendances, une manière de juger « courante », « non scientifique », puisée dans le milieu social, manière de juger qui tient à une culture psychologique et morale d'un autre ordre, basée sur d'autres principes que les principes biologiques nouveaux. Pour être pleinement logique, un médecin, auquel est posé un problème pratique, est toujours tenté de « faire un diagnostic » ; en médecine légale psychiatrique, il doit toujours aboutir à une conclusion précise ou prolonger son observation avant de conclure, mais il doit se prononcer. S'il était suffisamment versé dans l'étude de l'homme psychologique et moral et des bases, supposées organiques et physiologiques de son comportement, il semble qu'il devrait ou pourrait, même quand il s'agit de réactions psychologiques « normales », pénalement parlant (prenons le cas du criminel « responsable »), chercher une explication et essayer de la trouver dans le tempérament, la constitution, une passion quelconque, le refoulement, etc..., bref trouver une cause réductible à un fonctionnement donné de l'organisme psycho-somatique. Sans doute une « explication » n'est pas une excuse, du moins pour la justice, mais une explication qui met sur la voie d'un mécanisme, met également, au point de vue médical, sur la voie d'une thérapeutique. Nous entrevoyons ici la discordance qui existe entre le rôle que joue le médecin expert, auxiliaire de la Justice et le médecin thérapeute qui devrait prévenir et soigner les états passionnels et les autres formes, en somme inférieures, de l'activité psychologique incon-

trôlée, capables d'aboutir à des réactions antisociales. Ceci est sans doute un idéal, les passions humaines n'étant pas encore du domaine de la direction médicale, sauf exceptions. On entrevoit, disions-nous, par cet exemple, les deux directions différentes dans lesquelles sont engagées la médecine d'une part, la répression pénale de l'autre, répression pénale d'ailleurs indispensable, sous sa forme actuelle, à la marche de la vie sociale, mais basée, comme nous l'avons dit, sur des principes foncièrement différents des principes qui dirigent l'esprit médical : prévenir, soulager et guérir. La médecine, la biologie humaine, à tort ou à raison, modifient donc profondément la manière de poser certains problèmes psychologiques, juridiques et moraux. Or, que va-t-il se passer, en médecine légale psychiatrique sur la question de la responsabilité pénale ? Le médecin imbu de cet esprit positif que nous avons défini, va se trouver en présence de conventions juridiques, étrangères à sa forme d'esprit et qu'il combat, consciemment ou non, par la nature même de sa culture et de son expérience médicale. Habitué à soigner les maladies et les tares humaines, il n'a pas l'âme d'un juriste, mais d'un thérapeute : la pente de son esprit le porte donc, non à « sévir » mais à « traiter ». S'il est médecin expert et chargé d'une expertise mentale, la loi, les mœurs et la nécessité d'adapter la répression pénale et la défense sociale à un système *concret* qui l'assure par des organisations appropriées, l'invitent, l'obligent à traduire dans un langage juridique traditionnel les constatations qu'il a faites en vertu d'un esprit tout différent.

\*  
\*\*

Voyons comment va se poser, avec la doctrine pénale traditionnelle, la question de la responsabilité ou de l'irresponsabilité, les conséquences qui en découlent pour la défense sociale et les répercussions psychologiques et morales qui peuvent en découler pour l'esprit public et le milieu social en général. Si le crime ou les crimes n'ont pas un caractère d'horreur et, secondairement de publicité exceptionnels, l'expert ou les experts pourront accomplir leur mission dans le silence, sans sentir autour d'eux la pression collective de l'esprit public exprimée par la presse. Leur liberté en sera plus grande, le problème technique qui leur est posé restera purement technique et ne risquera pas d'être vicié dans une certaine mesure, par une pression sociale qui peut contrarier, dans les cas limites ou litigieux, le jugement spontané des experts. Si le cas paraît évident aux experts au point de vue psychiatrique,

leurs conclusions (dans un sens ou dans l'autre) ne soulèveront pas de polémiques et seront débattues tout au plus, dans le silence du cabinet par le magistrat ou la défense. Si le cas est *limite*, là aussi, en l'absence de publicité et de polémiques de presse, les conclusions seront en principe entérinées, sauf à provoquer chez les magistrats ou la défense des réactions en sens divers, demande de contre-expertise, etc. Si l'affaire vient à l'audience, l'expert pourra se voir poser des questions destinées à l'embarrasser, se verra prendre à parti par l'accusation ou la défense, bref, déjà on verra s'amorcer, même dans une affaire obscure, la dualité de doctrine qui permettra, d'une part, à l'accusation de défendre, au nom de la société, le point de vue traditionnel de la défense sociale, et à la défense, d'essayer de défendre les droits de l'inculpé en se référant ou en essayant de se référer à une doctrine médicale de la responsabilité. En un mot la défense essayera de trouver dans la médecine un essai d'explication au délit ou au crime, ou des causes d'atténuation à la responsabilité de l'accusé, quand elle aura perdu l'espoir d'obtenir un diagnostic d'irresponsabilité totale.

Mais si l'affaire est retentissante et intéresse l'esprit public par son caractère exceptionnel d'étrangeté ou d'horreur, ou par la qualité de la victime, par exemple, l'instruction de l'affaire et secondairement, l'expertise mentale, vont se dérouler dans une atmosphère de polémique, avec des commentaires variés des journalistes et des littérateurs qui exprimeront à leur façon, et d'une manière cependant très instructive, les points de vue et les réactions des profanes, en somme de l'esprit public. L'appréciation des experts, quelle qu'elle soit d'ailleurs (en éliminant, par hypothèse, le cas d'un inculpé dont l'état mental serait tellement évident qu'il ne pourrait prêter à des controverses) soulèvera donc dans des cas de ce genre, des réactions diverses dans la presse, le public, et elle sera discutée dans les milieux médicaux, spécialisés ou non, qui refairont ou tenteront de refaire, à leur manière l'expertise mentale. De plus la défense et l'accusation adopteront suivant la réponse donnée par les experts « officiels » telle ou telle attitude, on assistera à des demandes de contre-expertise, et si celle-ci est refusée, des experts officieux spontanés ou suscités par la défense surgiront pour contredire les experts et leurs conclusions : dans la presse et surtout à l'audience, on assistera à une bataille d'experts. Qu'est-ce que cela veut dire ? S'agit-il de redresser une erreur des experts qui ont pratiqué l'examen mental, ou s'agit-il d'autre chose ? Est-ce un problème médical qui va se débattre ou un problème social ? L'une et



l'autre alternative sont possibles, mais hâtons-nous de dire que si l'on élimine des erreurs grossières ou manifestes ou des cas d'appréciation difficile, il s'agira moins d'un problème *technique* pur que d'une question de doctrine. Et ici les experts se classeront consciemment ou à leur insu, non seulement suivant une compétence psychiatrique donnée, mais surtout, suivant la doctrine qu'ils adoptent pour assurer la défense sociale. Lorsqu'on aborde une certaine zone de « troubles mentaux » dont le caractère pathologique ne paraît pas absolument évident, certains experts estiment que la défense sociale exige, pour enrayer l'imitation ou la contagion possible de cas analogues, l'application de la répression pénale, solennelle et infâmante. Et ceci dans l'état actuel de la législation et des mœurs, les asiles d'aliénés, étant, sauf exception, et malgré la création d'un service d'aliénés dits « aliénés difficiles », réservés à de véritables anormaux, ou à de vrais malades. Si ces experts et les tribunaux admettent qu'on y interne des déséquilibrés ou des délirants variés qui ont eu affaire à la justice, parfois des récidivistes incorrigibles, par suite de leurs tares mentales, ou des aliénés devenus criminels — convient-il d'y accueillir également, même si on leur trouve quelques « anomalies » ou des tares nerveuses ou mentales, des criminels célèbres, qui ont profondément troublé l'ordre social et ému l'esprit public ? Convient-il de s'engager dans une voie qui risque d'enlever à la répression pénale solennelle, son caractère d'exemple, et réserver toute l'indulgence médicale, au nom de la science, aux criminels les plus révoltants ? En réalité et sauf exception, les experts seraient d'accord sur les constatations psychiatriques fondamentales, si l'expertise se déroulait *in abstracto*. Il s'agit, en réalité, d'un « jugement de valeur », et des conclusions sociales, pratiques, qu'il convient de tirer d'un examen donné, à la pleine lumière de la Cour d'Assises, où la Société est représentée par la Loi, avec toutes les valeurs psychologiques, morales et sociologiques qu'elle représente en réalité. Elle est l'ordre social, une certaine conception de l'ordre social. Et elle va trouver devant elle des experts et des médecins. Quel va être le dialogue, qu'elle va être la doctrine médicale de l'ordre social, de la répression pénale et de la défense sociale ? Ici nous trouverons deux points de vue, deux doctrines, deux systèmes de références, suivant que les experts adopteront plus volontiers, la doctrine traditionnelle de la responsabilité pénale et de la défense de l'ordre social, ou suivant qu'ils prétendront juger médicalement, et en dernier ressort, et englober dans leurs jugements la criminologie presque

tout entière. C'est le point de vue de certains experts, c'est le point de vue du positivisme médical « intégral », qui prétend se substituer, pour assurer la défense sociale contre le crime, aux organisations « empiriques », et traditionnelles qui l'assurent encore au nom de la Loi. On nous dira que le problème est plus limité, qu'il s'agit simplement de savoir si un inculpé donné est atteint ou non de « troubles mentaux », qu'il s'agit de savoir impartialement et en faisant abstraction de l'Esprit public et de toutes les pressions sociales traditionnelles, si l'inculpé est un vrai « délirant » et s'il doit être déclaré « irresponsable » et interné, ou s'il est un homme suffisamment normal, pour être livré à toute la rigueur de la Loi. D'après nous, le problème n'est pas si simple. Nous en avons dit les raisons sociales. Il y a également des raisons médicales de fait et de doctrine. La notion de la maladie mentale et, plus particulièrement, de « trouble mental » est elle-même facteur du milieu social et des croyances scientifiques du moment. Il n'y a pas en matière de maladie ou de trouble mental, *d'objectivité absolue*. Les fonctions psychiques qui dirigent l'être humain sont l'efflorescence d'une série de fonctions organiques, végétatives, instinctives, affectives, le laboratoire si l'on veut, de la sous-conscience, dont le travail doit préparer et rendre possible l'adaptation, au milieu physique et ensuite au milieu social ; mais ces tendances ne sont « normales » ou « anormales », absolument parlant, que par rapport à un milieu social donné. La notion de pathologique et d'anormal, dans le domaine du psychisme, est donc en partie la conséquence d'un jugement social. Dans ce jugement social, les médecins paraissent apporter un critérium nouveau, mais en réalité, ne suivent-ils pas eux-mêmes un mouvement scientifique collectif, qui leur fournit leurs méthodes, leur « idéologie » et, dans une certaine mesure, la matière de leur jugement ? C'est pour cela que l'extension même des recherches psychiatriques leur enlève une partie de leur rigueur scientifique, et que certaines appréciations médicales du comportement humain — au nom de la pathologie — interfèrent avec des notions juridiques, sociales, morales, philosophiques qui sont sur un autre plan, parce que plus générales et plus indispensables à la marche de la vie sociale. Donc, en réalité, l'expertise mentale, en dehors des cas évidents, aboutit à un *compromis* et à des *concessions* de fait et de doctrine, à la conception de l'ordre social traditionnel — ou alors il faut changer toutes les conventions — ou une grande partie des conventions sur lesquelles repose la défense sociale et nous sommes en pleine utopie, ou en plein progrès, si l'on veut, et

nous voguons vers une conception positive de la défense et de la prophylaxie sociales assurées par des médecins et des « psychobiologistes ».

\*  
\*\*

La question de la *responsabilité atténuée*, va également nous servir à illustrer cette dualité de doctrine et la discordance qui existe entre les termes médicaux du problème posé à l'expert et la traduction juridique qu'il devra adopter dans ses conclusions médicales. A côté et à la suite des états de démence, d'imbécillité et de fureur (Code Civil), autrement dit, à côté des états mentaux caractérisés qui ont pour conséquence de troubler profondément le fonctionnement de psychisme et le comportement social, il existe, comme l'on sait, une large zone frontière étendue jusqu'à l'état « normal ». L'article 64 du code pénal déclare « qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était à l'état de démence, au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » ; c'est-à-dire lorsqu'on a constaté chez l'intéressé la présence d'un trouble transitoire ou durable suffisamment caractérisé pour obscurcir la conscience et la lucidité au moment où l'acte anti-social a été commis.

L'appréciation de ces états transitoires ou permanents constitutionnels ou acquis est souvent délicate. Le libellé particulièrement vague, psychiatriquement parlant, de la deuxième partie de l'article 64 du code pénal, va permettre d'une part aux experts d'étendre les champs de l'examen, et il va être d'autre part, pour la défense, une ressource souvent précieuse, quelquefois une arme dangereuse, pour plaider l'irresponsabilité totale ou l'irresponsabilité partielle, du prévenu ou de l'accusé. Entre les états bien définis visés en principe par le code pénal, et les mille variétés du psychisme normal ou pathologique, au moment du crime, s'étend donc une vaste zone frontière dont l'appréciation peut faire l'objet de difficultés particulières : elle constitue une sorte de *maquis*, si j'ose ainsi parler, dans lequel va se jouer entre la défense et l'accusation, entre les experts quelquefois une petite guerre souvent très vive où les deux parties sont souvent blessées au grand dommage de l'inculpé ou de la société. Cette zone frontière comprend des états très variés ; ses limites sont *imprécises* et dans une certaine mesure *arbitraires* et *mouvantes*. Dans ce vaste groupe sont compris une série d'états morbides qui se relient médicalement aux états plus caractérisés qui constituent les maladies mentales les plus nettes, par voie de transformation, d'associations héréditaires ou familiales, etc. La recherche

étiologique, l'étude de l'hérédité de transformation, les caractéristiques cliniques montrant dans la « famille névropathique » une sorte de racine commune aux névroses, aux psycho-névroses et à certaines maladies mentales évolutives ou cycliques : sur une première dégradation fonctionnelle du système nerveux, se révélant par des formes simples d'émotivité morbide, des états obsessionnels variés, etc..., peuvent se greffer des formes graves d'anomalies mentales, par voie d'hérédité cumulative ou de transformation. Bref, il est souvent possible de trouver dans les antécédents personnels ou héréditaires d'un individu donné « des anomalies » plus ou moins définies du caractère de l'émotivité ou du « psychisme » lui-même. On atteint à la limite de ce groupe vers la « normalité », des anomalies fonctionnelles dans lesquelles, l'individu qui en est porteur, est ce qu'il a toujours été, par suite de modifications héréditaires (elles-mêmes conséquences possibles ou démontrées de maladies, ou sans causes connues). Par hérédité normale ou par hérédité névropathique certains individus naissent avec des instincts, des tendances, des désirs, un capital intellectuel et moral donné, bref avec des dispositions psychologiques qui les orienteront dans certains cas vers la délinquance ou le crime. Dans ce cas, la présence et l'accompagnement de tares névropathiques ou mentales plus ou moins nettes, pourront être invoquées comme un facteur d'irresponsabilité ou de responsabilité atténuée. Voyons comment les experts vont interpréter dans des cas déterminés, la présence de toute une échelle d'anomalies, de tares nerveuses, de symptômes de « déséquilibre mental », bref, une grande partie des manifestations qui accompagnent la « dégénérescence mentale », les maladies mentales et les épisodes nettement pathologiques étant évidemment éliminés (excitation, dépression périodiques, bouffée délirante, début insidieux de certaines psychoses, etc.). Ici encore la réponse dépendra beaucoup moins, des constatations *de fait*, sur lesquelles, en général, aucune divergence sérieuse ne peut s'élever entre experts compétents, que de *leur doctrine* et de leur façon d'envisager la prophylaxie du crime ou de la délinquance, et la défense sociale. Ici va se révéler encore la discordance entre la réponse demandée au médecin, dans des termes, en somme juridiques, sa formation et ses tendances naturelles. Si l'expert adopte le point de vue traditionnel, soit de façon purement pratique, soit qu'il partage, quand il aborde le domaine d'une certaine délinquance et d'une certaine criminalité, l'opinion de tout le monde, cette manière de voir et de conclure le mettra quelquefois *en contradiction* avec lui-même. Il paraîtra

négliger l'existence de tares, de signes névropathiques ou de signes de « déséquilibre » dont il aura cependant constaté l'existence, pour conclure à la nécessité de la répression pénale intégrale, soit qu'il agisse dans ce cas, faute de mieux, en l'absence d'organisations mieux appropriées à la défense sociale (asiles — prisons par exemple), soit qu'il admette que ces tares n'ont pas d'importance, et qu'elles peuvent être négligées. Il tranche, de parti pris, une limite nette entre le normal et le pathologique, parce qu'il estime qu'au delà d'une certaine zone, la répression pénale doit suivre son cours. Il est en somme « traditionnaliste » et il n'est pas tenté d'annexer à la psychiatrie un nombre plus considérable « d'anormaux » de tous ordres qui peuplent les prisons. Tares dégénératives, signes divers de déséquilibre mental, manque de pondération, de jugement, impulsivité, amoralité foncière, etc., qui *strictement* et en quelque sorte *biologiquement*, traduisent des formes imparfaites ou inférieures de l'activité cérébrale bien ordonnée et cohérente, ne constituent pas cependant *automatiquement* des causes de responsabilité atténuée au sens pénal du mot. Et cela pour une raison de fait et pour une raison de doctrine. *La raison de fait* : la notion de responsabilité atténuée, qui aboutit pratiquement d'après la loi même, si le point de vue de l'expert est accepté par les juges ou le jury, à une *pénalité atténuée*, ne convient pas à des sujets, qui du fait même de leurs tares définies plus haut, sont moins intimidables que les « normaux ». Il convient donc de ne pas *énerv*er la répression et la défense sociale, ou bien il faudrait pouvoir proposer autre chose pour assurer plus efficacement cette défense sociale. Cette autre chose n'existant pas, dans l'état actuel de l'organisation répressive ou prophylactique, les experts, même s'ils sont convaincus de l'illogisme de la solution qu'ils proposent, font abstraction des constatations médicales qu'ils ont pu faire (dont la valeur est d'ailleurs variable et doit être interprétée), et se rallient au système de la répression pénale traditionnelle, qu'ils laissent jouer dans toute sa rigueur. *La raison de doctrine* : c'est la question de la limite de la responsabilité atténuée, elle-même reliée à la conception générale que l'expert se fait de la criminalité des anormaux et des dégénérés, et de la défense sociale. Ici, nous trouverons, comme toujours, deux points de vue, le point de vue traditionnel, plus ou moins mitigé d'ailleurs, d'idées nouvelles, et le point de vue du « psychobiologiste » qui veut prendre en main, la prophylaxie du crime et de la défense sociale, sur une large échelle. Il veut substituer à la tradition périmée, le Progrès.

Les partisans de la *doctrine traditionnelle* ne pensent pas que l'existence de signes de déséquilibre mental, d'anomalies « foncières » plus ou moins nettes chez un délinquant ou un criminel, signes dont l'existence est souvent invoquée après coup comme une excuse, suffise à juger la question. C'est que pour expliquer la délinquance ou le crime, il n'y a pas que les éléments « biologiques » recueillis au moment de l'examen mental. Il y a le milieu social, l'éducation, le mauvais exemple, l'indulgence injustifiée ou la complicité latente de certains milieux, bref l'absence d'intimidation ou de sanctions qui auraient pu redresser la mauvaise conscience et l'inviter à un effort. Si les liens sociaux se relâchent, la moralité des membres qui constituent la Société est-elle la même ? la conduite humaine n'est-elle pas ce qu'elle est, sous la pression énergique des lois et des mœurs ? et la peur du gendarme n'est-elle pas le commencement de la sagesse ?

Il ne faut donc pas, par un raisonnement incomplet et superficiel, résoudre les questions posées par des cas de ce genre (l'existence de tares névropathiques ou de signes de « dégénérescence » chez les criminels) par un *post hoc, propter hoc*, et aboutir commodément, par un « diagnostic », fait d'éléments souvent disparates, à une indulgence qui se trompe d'adresse. Le « dégénéré » ou le déséquilibré qui se révélerait suffisamment armé dans la vie, du fait même de ses lacunes morales, par exemple, est peut-être un « anormal » au point d'une psychologie théorique ou en vertu d'une sorte de *credo a priori* sur la valeur de l'homme primitif (est-il bon, est-il méchant ?). Cet être n'est pas nécessairement un malade : c'est un produit de la nature qui produit des monstres et des génies par une chimie cérébrale subtile, dont le mécanisme nous échappe et dont il est trop facile de dire, pour le dégénéré anti-social, qu'il est explicable par des intoxications, des infections, des tares héréditaires, en un mot, en vertu d'une théorie « biologique » du bien et du mal. L'origine de la vertu et du vice, produits comparables si l'on veut, au sucre et au vitriol, nous est inconnue. Le positivisme médical, en prétendant donner des réponses définitives et unilatérales à cette question déborde son rôle, et va au delà de ce que la « biologie médicale » est en mesure d'affirmer dans ce domaine. La répression *traditionnelle*, basée sur le code pénal actuel, et soutenue par les passions et les préjugés collectifs, est peut-être anti-scientifique ou a-scientifique si l'on peut dire, mais la défense sociale et la prophylaxie, basées sur l'étude « scientifique » du crime, expose à bien des erreurs, non seulement de fait, mais de doctrine. Des « anormaux » qui troublent l'ordre social, sans

être des aliénés authentiques, justiciables de l'internement, ne peuvent être traités avec la bienveillance et la neutralité médicale, que si, ayant conscience de leurs tares, et ayant des aspirations vers le bien social, ils veulent essayer d'être eux-mêmes, dans une certaine mesure, les artisans de leur rénovation ou de leur amélioration. La notion de *responsabilité atténuée* doit donc être limitée aux individus, déficients sans doute en quelque manière, mais qui ont en eux des ressources psychologiques et morales, capables justement, d'empêcher leur déséquilibre ou leur trouble « mental », de se manifester, automatiquement, dans le sens anti-social. Introduite dans les usages judiciaires, pour protéger des délinquants ou des criminels supposés porteurs de tares biologiques ou d'anomalies mentales, etc., cette notion de responsabilité atténuée ne doit certes pas se retourner contre la Société et la désarmer. Il est évident qu'elle ne peut s'appliquer à une catégorie d'« anormaux », de déséquilibrés et de dégénérés qui entrent en conflit avec l'ordre social, de façon répétée ou chronique, en vertu de dispositions généralement permanentes. Etant ce qu'ils sont, en vertu sans doute d'un déterminisme que la science peut s'efforcer de reconstituer, et dans lequel interviennent, incontestablement, des tares héréditaires ou acquises, en droit, ils se rattachent par des liens plus ou moins précis, à la pathologie mentale, mais en fait, ils ne peuvent bénéficier d'une mesure qui n'est pas faite pour eux, car ils ont besoin de *frein* et non d'*indulgence*, étant généralement privés de ce sentiment d'*infériorité*, de cette souffrance intérieure, de ce sentiment de *honte* ou de *remords*, qui peut véritablement justifier une indulgence médicale, et une atténuation de la peine. Dans l'état actuel de la législation et des mœurs, doivent être exclus de la notion de *responsabilité atténuée*, les individus qui, bien qu'atteints de tares nerveuses ou mentales, ne diffèrent pas sensiblement des autres hommes, dans la poursuite des biens de la vie, exception faite, bien entendu, d'épisodes pathologiques accidentels ayant pu influencer leur comportement social dans des actes déterminés. Si l'on met de côté la délinquance ou la criminalité nettement pathologiques; les escrocs de haut vol, les voleurs, les falsificateurs, etc., qui prétendraient s'abriter derrière le *paravent* commode de tares névropathiques, ou l'existence de signes de « déséquilibre », ne diffèrent pas, fondamentalement, d'un noyau humain qui, dans les milieux de vie intense, recherché la richesse et la puissance par des procédés en marge de la loi, ou la tourne. Une affaire retentissante récente a montré combien de complicités morales et matérielles, un escroc qualifié

par certains de « déséquilibré mégalomane », a pu trouver autour de lui, pour l'aider, et profiter de ses rapines. Sur la zone dangereuse où s'acquièrent la puissance, le pouvoir, la richesse, la notion de déséquilibre ne signifie rien, si elle ne met pas l'individu « dégénéré » ou « déséquilibré » en état *d'infériorité* dans la lutte pour la vie. Cette notion de déséquilibre mental, si on ne l'analysait pas complètement, s'avèrerait, en effet, fausse et nocive. C'est pour cela, que le maniement de la notion de déséquilibre, de dégénérescence mentale, de perversions instinctives, etc., exige une analyse très serrée de ces notions, et une analyse non moins précise de l'aspect social des problèmes qu'elles posent. La médecine peut éclairer et diriger, mais elle ne peut, dans le domaine des choses morales, et encore moins dans le domaine de la responsabilité et de la conduite sociale, supprimer l'effort individuel et le souci d'atteindre un certain niveau de vie morale et spirituelle. Le déséquilibré, le dégénéré n'est pas exclu de cette loi qui nous fait travailler nous-même à notre développement. Si la science prétend transformer un jour le droit pénal, et les modes de défense de la vie sociale, contre les dégénérés criminels, elle rétablira cependant dans cette armée et dans cet « enfer », une « hiérarchie » et une échelle, dans les procédés de redressement ou d'intimidation.

Le problème du mal moral est probablement plus qu'un problème de biologie. L'expert ne doit pas soustraire au jugement traditionnel des délinquants ou des criminels qui ne sont pas foncièrement différents de la moyenne humaine qui constitue la société. Puisque les humains *normaux* supportent les conséquences de leurs actes, les criminels qui ne sont pas de façon indiscutable des malades doivent à *fortiori* dans l'état actuel de la législation et des mœurs, en supporter la conséquence pénale (j'écarte les erreurs de diagnostic et je suppose qu'en droit et en fait, l'expert a toute la compétence nécessaire : des progrès peuvent d'ailleurs être réalisés dans ce domaine par la désignation d'experts connaissant, théoriquement et pratiquement, *tous les aspects* des problèmes qui leur sont posés). Si l'expert prétend, en vertu d'une conception « biologique » du criminel et du crime, répondre dans des termes différents, il ne doit le faire qu'avec mesure et prudence, en attendant qu'une étude plus complète et plus scientifique de la criminologie, permette de créer des organisations de défense sociale paraissant mieux adaptées au but qu'elles doivent assurer, mais cette étude doit être faite, à la fois dans un esprit réaliste et scientifique, et dans un esprit qui tienne compte de toutes les données du problème,



sans superstitions biologiques exagérées. Puisque la vie psychologique est une hiérarchie de valeurs et de fonctions, ne serait-ce pas créer du désordre que de réserver aux criminels un traitement trop bienveillant, dénué de ce sentiment de répulsion et de réprobation qui est un frein et un obstacle nécessaire, si l'on veut conserver vraiment dans la Société la notion des valeurs morales et spirituelles ? D'une façon ou d'une autre, une assistance psychiatrique élargie et s'adressant à des êtres antisociaux qui sont plutôt des inadaptés, des pervers ou des vicieux que de vrais malades, ne peut pas être sur le même plan que l'assistance aux malades authentiques, aux malheureux atteints de psychoses « innocentes ». « Scientifiquement », « biologiquement », on peut croire, démontrer ou expliquer par des tares héréditaires ou acquises, tout le « comportement » de ces « anormaux », mais la défense sociale doit s'exercer avec une nuance de *réprobation* et de *mésestime*, qu'aucune neutralité scientifique ne peut faire disparaître complètement. Un « anormal » (qui n'est ni un délirant, ni un malade atteint d'une psychose évolutive) doit rechercher ou désirer sa guérison, et aspirer vers un nouvel équilibre que le médecin ou le psychobiologiste seront chargés de l'aider à acquérir, mais ce serait faire preuve d'un *matérialisme biologique* un peu superficiel que d'attendre, d'un pur traitement médical, une guérison complète d'un état qui est moral par un certain côté. La pire erreur d'une psycho-biologie « scientifique » serait de croire que le comportement social ne met en jeu que des mécanismes d'adaptation, sans tenir compte du désir de rénovation intérieure, du sentiment de regret ou de remords, ou du souci d'atteindre une vie psychologique meilleure. Philosophiquement, « tout comprendre, c'est tout pardonner », ou, suivant la parole russe : « Il n'y a pas de coupables, il n'y a que des malheureux » ; mais ce détachement est incompatible avec la vie sociale et il recouvre une erreur que le bon sens corrige par un autre proverbe : « A chacun selon ses œuvres. »



Le point de vue traditionnel laisse donc délibérément en dehors de son étude une grande partie de la criminologie ; il limite prudemment son rôle (en dehors des maladies mentales caractérisées) à l'étude des formes graves de la dégénérescence mentale, aux états de déséquilibre très accentués, à certains pervers constitutionnels incorrigibles par la répression pénale et récidivistes

chroniques. On propose, pour un certain nombre de ces « malades », l'internement dans des sections spéciales, annexées à de très rares asiles d'aliénés. Mettant, ou croyant mettre, une barrière nette entre la psychiatrie et la criminologie, les experts les plus nombreux se rallient, sur les points essentiels, aux conceptions traditionnelles de la défense sociale. Ils acceptent, ou paraissent accepter, la notion de responsabilité pénale, comme un fait auquel il faut s'accommoder. Cependant, dès qu'intervient la notion de responsabilité atténuée, que les usages judiciaires ont introduite dans le vocabulaire médico-légal, ils font de sérieuses réserves, parce que cette notion, d'un maniement difficile, révèle, met en lumière, d'une façon très précise, la discordance qui existe entre les constatations médicales et les dispositions pénales qui seront appliquées aux délinquants ou aux criminels, en vertu de l'atténuation de la peine, parallèle à l'atténuation de la responsabilité. Sur ce point, ils souhaitent une réforme qui, les débarrassant de cette notion « amphibie », leur permettrait de proposer des mesures de sécurité ou de traitement, conformes à leur diagnostic, et détachées de tout jugement de valeur sur la « responsabilité » du délinquant ou du criminel.

Nous verrons que c'est là un point très important, théorique et pratique, de la défense sociale, et que la notion de responsabilité pénale est, ou paraît être, la pierre d'achoppement qui sépare et fait se heurter, parfois assez vivement, la conception traditionnelle et la conception médicale de la défense sociale contre les délinquants et les criminels, divisés en responsables, demi-responsables et irresponsables.

Les problèmes de la criminalité, de la responsabilité pénale et de la défense sociale ont été jugés jusqu'ici, nous dira-t-on, selon des opinions, des préjugés, des passions individuelles ou collectives, qui n'ont rien à voir avec une connaissance claire impartiale, scientifique, de la question. Les hommes des siècles précédents ne connaissaient pas la physiologie humaine, la pathologie générale ; leur connaissance de la pathologie mentale était rudimentaire, en tous cas très incomplète. Ils ignoraient, ou connaissaient mal, l'hérédité pathologique, l'influence des intoxications, des affections acquises ou héréditairement transmises, le rôle de l'hérédo-syphilis, son influence sur l'intelligence, sur les fonctions somatiques ou neuro-végétatives, source probable de « la constitution » et « des instincts », ils ne savaient pas, révélation récente, que l'encéphalite épidémique peut créer (ou révéler) des « constitutions » pathologiques, des perversions « instinctives », qu'on aurait pu croire découler d'une nature per-

verse, alors qu'elles sont ou peuvent être la conséquence d'une maladie acquise. Ils ne connaissaient pas, d'une façon précise, le mécanisme de l'influence du physique sur le moral, ils ne savaient pas que l'équilibre mental de l'organisme psycho-somatique est soumis à de très nombreuses influences organiques, physiologiques et pathologiques qui peuvent en troubler le jeu normal d'une façon presque automatique, réduisant le champ de la liberté humaine. En ce qui concerne les criminels ou certains d'entre eux, ils ne savaient pas, comme nous, que ce sont souvent des malades, des « dégénérés », ou même parfois des « aliénés » incorrigibles par la répression pénale, forme empirique et passionnelle de la défense sociale. Il convient donc de les dépister, avant que leurs tares mentales les aient conduits à troubler, plus ou moins gravement, l'ordre social.

Dans le cas où ils ont commis des délits ou des crimes, il convient, non de *les punir*, terme passionnel de la vindicte sociale, qui ne voit pas clairement les mesures efficaces à prendre pour protéger la société ; mais il convient de les mettre dans l'impossibilité de nuire désormais, par une étude raisonnée et clairvoyante de leur mentalité et de leurs instincts. Les supprimer par la mort est inhumain puisque ce sont des malades, « des aliénés » dont la place est dans un asile de sûreté, où ils seront gardés humainement, soignés, « peut-être guéris ». D'une façon générale, connaissant mieux leur nature, on les traitera, non comme des hommes libres supposés intimidables et perfectibles, mais comme des anormaux qu'il convient de traiter dans une série d'établissements appropriés à leur état et à leur nature scientifiquement étudiés et connus. Loin d'attendre d'eux seuls ce travail intérieur que peut faire le normal pour tirer des conclusions psychologiques et morales de sa déchéance et de la répression qui lui est appliquée, on s'attachera à les connaître, on apprendra, par expérience, ce qu'on peut leur demander ou ne pas leur demander, bref, sans passion et sans haine, on les soignera, on les utilisera, de façon à les relever quelquefois, à les guérir même, au lieu de les supprimer ou de les punir, en vertu de réflexes aveugles et passionnels basés sur une conception, « non scientifique » de la nature humaine en général et de la nature des criminels ou, du moins, de certains d'entre eux, en particulier. Déjà, l'étude scientifique du psychisme et secondaiement de certaines conduites humaines a permis d'en détacher un certain nombre dont le caractère anormal a été reconnu (formes initiales ou larvées de certaines démences précoces, certaines formes de paranoïa, de psychoses passionnelles ou

revendicatrices, etc.). Ainsi, le progrès de la psychiatrie a justement pour conséquence de porter la clarté, la science là où régnaient le préjugé et l'ignorance. Il faut donc généraliser ces études et étudier méthodiquement, scientifiquement, les délinquants et les criminels, et surtout, les candidats éventuels au crime ou à la délinquance. Après une étude méthodique, on pourra se rendre compte du nombre de « malades », « d'anormaux » et de « dégénérés » qui sont parmi eux, on prendra alors ou l'on proposera, en attendant le progrès de la législation et de l'esprit public, les mesures à adopter pour protéger efficacement la société contre ceux qui la troublent, tout en sauvegardant leur caractère de malades ou d'anormaux psychiques, victimes de fatalités instinctives, de tares physiologiques, psychologiques et morales acquises ou héréditaires. Tout cela sera accordé sans peine, quand les bases médicales du diagnostic seront suffisamment établies (surtout s'il s'agit d'une affaire rentissante ou d'un crime particulièrement odieux) pour que la société abandonne sans regret et sans crainte, au thérapeute ou à l'aliéniste, le délinquant ou le criminel. Mais le domaine de la délinquance et de la criminalité est si vaste qu'on ne voit pas sans inquiétude, l'esprit médical prétendre diriger, prendre en main la défense sociale, en modifiant progressivement les conventions morales qui président à l'appréciation de certaines conduites humaines anti-sociales. L'esprit public, les magistrats, et, d'une façon générale, les esprits cultivés non médecins, sentent qu'une sorte de parti-pris d'explication biologique, par des tares et des anomalies mentales, semble diriger, dans ce domaine, l'esprit médical. Les pires ennemis de l'esprit médical seraient, dans ce cas, les médecins eux-mêmes, ceux qu'une culture psychiatrique trop exclusive ou trop unilatérale rendrait étrangers aux autres aspects du problème social et moral, que recouvre la notion de responsabilité, clef de voûte de la vie sociale. On assiste ainsi, tant la doctrine médicale est peu arrêtée dans ce domaine, malgré les tendances générales de l'esprit médical, à des fluctuations, à des contradictions, peut-être même à des partis-pris en sens divers, en tous cas, à des controverses qui troublent l'esprit public, et qui déconsidèrent l'expertise médicale et les experts eux-mêmes. C'est que l'analyse de la conduite humaine, dès qu'on dépasse le domaine des maladies mentales évidentes, ne relève plus exclusivement, même lorsque interviennent des tares psychologiques et même certaines « tares pathologiques », de la psychiatrie pure, telle qu'elle est comprise et enseignée généralement. Comprendre qu'un individu est por-

teur de signes de déséquilibre mental, de « perversions instinctives », etc., ne signifie nullement qu'on a compris tout le mécanisme de la délinquance ou du crime, et qu'on en a pénétré tous les mobiles psychologiques, moraux ou mieux immoraux. L'individu court des risques, et il peut les accepter plus ou moins librement, la répression pénale n'étant ni fatale, ni nécessairement effrayante. L'« anesthésie morale », l'incapacité d'apprécier affectivement, de « sentir » le bien et le mal, alors que l'intelligence générale peut être conservée, est donnée comme une explication de certaines formes, de la délinquance à répétition. Ces sujets, incorrigibles par la répression pénale, sont ainsi assimilés à des anormaux constitutionnels, justiciables, non de la prison qui ne les corrige jamais, et qui fait d'eux des récidivistes indéfinis, mais de l'asile-prison, et actuellement, de la section spéciale de l'Asile de Villejuif ou de l'Asile de Hoerdt. Nous ne discutons pas le bien fondé de cette conception médicale qui est basée sur une étude attentive des antécédents des intéressés, sur l'existence des tares dégénératives ou médicales variées, bref sur une connaissance véritable ou expérimentale de leur nature physiologique et morale. Nos collègues et amis, les docteurs X. et P. Abély ont étudié sous le titre « L'internement des arriérés sociaux (pervers constitutionnels) », les limites à tracer entre les récidivistes normaux, socialement pervertis ou dévoyés, et les véritables pervers, assimilables à des « malades » qu'il est préférable, dans l'intérêt même de la défense sociale, de placer dans un asile d'aliénés, ou plus exactement dans la section spéciale consacrée actuellement à Villejuif, à l'internement de cette catégorie d'anormaux. D'après nos collègues qui ont étudié et qui connaissent par expérience les internés de la section spéciale, « la perversité malade est loin d'être très fréquente ». Malgré la prudence et la réserve de ces conclusions, nous pensons qu'en fait et en droit, l'esprit médical revendiquera un jour pour son étude d'autres catégories de pervers ou de déséquilibrés. La délimitation entre les pervers et les pervertis découle sans doute d'une analyse clinique minutieuse, mais on peut se demander si elle ne tient pas également à la rareté des asiles de sûreté et aux lacunes de la législation. Ainsi les experts laissent jouer actuellement, pour un certain nombre d'anormaux, de déséquilibrés, de pervertis ou de pervers, la répression pénale intégrale, mais le jour où les avocats verront la possibilité d'aiguiller plus facilement vers un asile, certains délinquants ou criminels, tarés en quelque manière, on peut craindre que le nombre des clients de ce genre ne vienne à se multiplier. Si l'on suppose en effet la

création des centres spéciaux réservés à cette catégorie d'anormaux, et en même temps la modification des dispositions pénales et des usages judiciaires qui font actuellement de la responsabilité atténuée le synonyme de pénalité atténuée (cette disposition morale et juste dans son principe, s'adressant à des délinquants ou à des criminels, véritablement victimes de certaines fatalités organiques ou fonctionnelles, mais supposées capables d'un redressement moral), si les experts deviennent libres de rédiger leurs conclusions conformément à leur diagnostic, à leur analyse clinique, médico-psychologique et sociale de l'inculpé, et libres également de proposer ou de suggérer des mesures de sécurité ou de traitement appropriées à leur diagnostic, en principe différentes de la pénalité traditionnelle, j'estime que la notion de responsabilité psychologique et morale, sinon pénale, au sens actuel du mot, ne doit pas être nécessairement exclus du vocabulaire médico-légal. Convendra-t-il ce jour-là de retenir, ou de ne pas retenir la notion de responsabilité, d'irresponsabilité ou de responsabilité atténuée, pour motiver les conclusions proposées, et, dans cette hypothèse, qui répond ou paraît répondre aux desiderata ou aux convictions positives de quelques experts, se borner à proposer des mesures de sécurité, de prophylaxie ou de « traitement », qui seraient différentes, dans leur esprit et dans leurs conséquences sociales, de celles qu'entraîne la repression pénale, qui resterait seule afflictive et infâmante ? A l'heure actuelle, l'internement est nécessaire, synonyme d'*irresponsabilité pénale*. On ne voit aucun inconvénient à cette association logique, qui découle, pour les véritables aliénés, de la définition même de l'aliénation, et encore plus du mécanisme de leur trouble mental. Mais si l'on étend le placement dans les Asiles de Sûreté ou dans les Asiles-prisons, à un nombre plus ou moins important d'anormaux ou de déséquilibrés anti-sociaux, souvent conscients, et dont les anomalies ne sont pas la conséquence d'une maladie évolutive ou cyclique, la liaison entre la mesure proposée et la notion d'irresponsabilité complète, ne doit pas être nécessairement automatique et comme de droit. Il n'y a aucun intérêt, il n'y a d'après nous que des inconvénients, à laisser se propager dans le public et dans les familles, l'idée que des tares ou des fatalités organiques plus ou moins solidement établies, expliquent complètement la conduite sociale des sujets qui en sont porteurs ou victimes, alors que la conscience est suffisamment intacte pour que le sujet puisse se « débrouiller » dans le milieu social dont il connaît ou peut connaître les lois et les mœurs. Un sujet qui sait, bien qu'il ne

le sente pas avec sa conscience morale, qu'il y a des actions *juridiquement* condamnables, un sujet de ce genre, ne peut pas passer pour absolument irresponsable. Certains sujets peuvent, en effet, espérer ne pas être découverts ou plus simplement, ne trouver rien de bien terrible à risquer quelques mois ou quelques années de prison : leur « anesthésie » morale, leur paresse, leur permettant de s'adapter à ce genre de répression. Mais ils peuvent être parfaitement conscients de cela et accepter *consciemment* ces risques. Que cette acceptation soit la conséquence de lacunes psychologiques et morales, cela ne fait aucun doute, mais est-il nécessaire, d'assimiler ces lacunes et ces insuffisances, à un état mental qui supprimerait la responsabilité psychologique et morale ? Au contraire, il nous paraît dangereux de laisser croire à ces sujets qu'ils sont victimes de pures fatalités organiques héréditaires, et même acquises, qui les dispenseraient de tout effort personnel et de tout contrôle. Est-ce un mot qui a été prononcé réellement, ou une boutade pittoresque et instructive, que ce propos prêté à un déséquilibré malin et averti : « Moi je m'en f... Je suis irresponsable. » Il faut donc associer d'après nous, l'idée d'Asile-prison, d'Asile-de-sûreté, ou celle d'internement dans une section spéciale, pour des délits ou des crimes qui ne découleraient pas d'un *état de démence vraie*, à l'idée de responsabilité. Ceci est évidemment impossible dans l'état actuel de la législation qui ne connaît que deux solutions pratiquement maniables par les experts, parce qu'elles se traduisent dans des faits précis : l'internement pour irresponsabilité complète ou la répression pénale intégrale dans le cas de responsabilité totale.

J'élimine, pour le moment, la solution intermédiaire de responsabilité atténuée, parce que, comme chacun le sait, elle aboutit presque toujours *actuellement* à une solution étrangère à l'esprit réaliste et positif qui dirige nécessairement l'expert dans son étude de la mentalité anormale ; elle est en contradiction réelle, sur le plan pratique, avec le diagnostic médical et la solution rationnelle et probablement efficace qui découlerait de ce diagnostic dûment établi : appliquer « au traitement » de cet anormal, des mesures découlant de la connaissance véritable de son caractère, de sa mentalité et de ses tares, et assurer la défense sociale avec plus d'humanité et d'efficacité à la fois. Autrement dit, à l'heure actuelle, l'expert qui veut proposer des mesures médicales, pour assurer la défense sociale ou tenir compte des tares et des anomalies qu'il constate chez l'inculpé, doit conclure à l'irresponsabilité totale ou à la responsabilité totale (à quelques exceptions près) et forcer les termes dans un sens ou dans l'autre, allant

au delà ou restant en deçà des constatations médicales qu'il a faites. Il n'est pas libre pratiquement (ou cela est sans efficacité et sans portée pratique et ne crée que des incertitudes) de traduire exactement la nature des choses. Ainsi il déclarera complètement *irresponsable*, un pervers instinctif, un déséquilibré, un dégénéré criminel, ce qui ne répond pas toujours à la vérité clinique, psychologique et morale, et il paraît ainsi désarmer de la Société ; il heurte le sentiment public qui, quelquefois dans ce domaine, voit plus clair que les professionnels eux-mêmes, car l'expérience de la vie remplace, dans une certaine mesure, les connaissances théoriques issues des livres, et elle peut redresser une sorte de parti-pris instinctif ou professionnel découlant d'une certaine optique médico-légale. Certains jurys sont parfois plus raisonnables que certains experts. Dans d'autres cas, il déclarera responsables des tarés évidents ou des demi-malades, mais ici j'ajoute que, sauf exceptions, la conclusion de l'expert est commandée par les insuffisances ou les lacunes de la législation et par la nécessité de choisir *le moindre mal*.

Comment donc peut-on concevoir la traduction réelle, effective, efficace, d'un diagnostic médical relevant chez un inculpé des tares mentales, sans que l'expert soit dans l'obligation, pour assurer la défense sociale, de faire parfois d'un simple anormal un aliéné irresponsable, d'un pervers instinctif ou d'un déséquilibré un être normal, responsable, intimidable par la répression pénale ? Ici, nous trouvons sur notre route, d'une part la notion de responsabilité, d'autre part l'esprit médical et l'interprétation positive qu'il entend donner à ses conclusions, sans « s'empêtrer », si j'ose dire, dans une question qui est, paraît-il, « métaphysique » : la question de la responsabilité, au triple point de vue psychologique, moral et pénal.

(A suivre).

---



# ESSAIS DE TRAITEMENT DE L'ANXIÉTÉ PAR LA VAGOTONINE

PAR

P. CASTIN, Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL et P. GARDIEN

Au cours d'une série d'essais thérapeutiques, que deux d'entre nous ont communiqués à la Société Médico-Psychologique (1), la vagotonine a donné des résultats encourageants dans certains cas d'anxiété.

Récemment, nous avons appliqué le même traitement à 12 anxieuses de la Maison de Santé de la Chartreuse à Dijon ; leurs observations, avec de brefs commentaires, font l'objet de cette communication.

Toutes nos malades, deux exceptées (obs. II et III) étaient antérieurement soumises à un traitement opiacé et bromuré. Pour étudier les variations de l'excitabilité neuro-végétative, avant et au cours du traitement, il était indispensable de rechercher les réflexes en dehors de toute action médicamenteuse, c'est pourquoi, cinq jours avant de commencer le traitement, nous avons supprimé la potion thébaïque et le bromure. En outre, nous avons administré à nos malades, cinq jours avant et pendant toute la durée du traitement, chaque matin, à jeun, un léger laxatif salin. A part cela, les malades ont été laissées au régime ordinaire.

Le traitement par la vagotonine a été précédé d'une épreuve-test au cours de laquelle nous avons enregistré au polygraphe le réflexe solaire et le réflexe oculo-cardiaque, d'abord avant vagotonine, puis une heure et demie et trois heures après injection sous-cutanée de 40 milligrammes de vagotonine. Nous avons enregistré les réflexes selon la méthode préconisée par

(1) M. DESRUELLES, P. LÉCULIER, Mme GARDIEN-JOURD'HEUIL et P. GARDIEN. — « A propos de quelques cas d'anxiété guéris ou améliorés par la vagotonine ». *Soc. Méd.-psych.*, 25 juin 1934.

D. Santenoise et P. Abély (1). Chaque observation renferme les résultats du test pratiqué.

Le traitement a consisté en une série de 20 injections sous-cutanées de chacune 20 milligrammes de vagotonine, le plus souvent à la dose quotidienne de 2 ampoules, soit 40 mgr.

Au cours du traitement, les réflexes solaire et oculo-cardiaque ne furent enregistrés que tous les deux jours environ, les malades supportant difficilement de rester à jeun pendant les heures qui suivent l'injection, et la recherche des réflexes, du réflexe oculo-cardiaque en particulier, étant pénible pour la plupart d'entre elles.

Notons que six de nos malades (obs. IV, V, VII, IX, XI, XII) avaient été traitées dans le courant de 1933 par la réflexothérapie nasale sans résultat appréciable.

OBSERVATION I. — Mme Paule G., 43 ans, entrée le 8 mars 1933. — Mélancolie anxieuse avec accès d'angoisse. Pas d'idées délirantes exprimées, mais une tentative de suicide par empoisonnement avec de la teinture d'iode, la veille de son internement. Le début remonterait à 18 mois environ et serait consécutif à la mort accidentelle de son frère.

Son état s'améliore bientôt, et, le 31 mars 1933, elle peut passer au pavillon des convalescentes ; elle dort bien ; mais, au bout d'un mois, survient un nouvel accès d'anxiété. Le 4 octobre, elle va mieux de nouveau.

Le 26 octobre, rechute ; elle exprime des idées de suicide.

A partir du 15 novembre, commence une période d'amélioration lente, progressive. En janvier 1934, on envisage sa sortie pour la fin de février. Le 25 février, suppression brusque de l'extrait thébaïque.

Le 1<sup>er</sup> mars, nous la voyons encore bien mélancolique, avec de petits accès d'anxiété ; elle pleure souvent. Le même jour, elle subit un test à la vagotonine, au cours duquel le réflexe solaire, fortement positif au début, est légèrement atténué, et le R.O.C., nul avant, n'est pas modifié après vagotonine.

Traitement commencé le 2 mars. Il ne modifie en rien les réflexes neuro-végétatifs.

Pendant le traitement, la malade signale qu'elle dort bien, mais elle continue à pleurer fréquemment, et c'est seulement 3 semaines après la fin du traitement qu'elle devient calme, cesse de pleurer et passe au pavillon des convalescentes. Elle quitte l'Asile le 1<sup>er</sup> mai, très améliorée, sinon guérie complètement. Son anxiété a tout à fait disparu.

(1) Recherches sur l'état du système neuro-végétatif chez les anxieux. A. M.-P., 1923, I, page 365.

*En résumé, chez cette malade, atteinte de mélancolie anxieuse, guérison de l'anxiété, déjà en voie d'amélioration.*

*Pas de modification des réflexes neuro-végétatifs : le réflexe solaire demeure fortement positif, le réflexe oculo-cardiaque reste nul.*

Signalons que cette malade a présenté, à deux reprises, de légers érythèmes localisés à la région où étaient pratiquées les injections (face externe de la cuisse). Ils ont cédé rapidement par le seul fait d'avoir pratiqué ailleurs les injections suivantes :

OBSERVATION II. — Mme Marie T., 60 ans. Entrée le 24 février 1934. — Le début semble remonter à 6 mois. Mme T. a la nostalgie obsédante de son pays natal et a fait une tentative de fugue. Crises de larmes, insomnie, anorexie.

En septembre 1933, elle a fait un court séjour à l'hôpital Henri-Rousselle. Elle sort améliorée, mais bientôt son anxiété reprend.

A l'entrée, aspect mélancolique avec légère anxiété : elle pleure, se tord les mains, gémit très souvent. Elle n'est pas hallucinée et ne présente ni idées de suicide, ni idées délirantes, ni affaiblissement intellectuel. L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Les jours suivants, on constate son anorexie et ses insomnies. La malade ne reçoit aucun médicament et, peu après son entrée, le 1<sup>er</sup> mars 1934, on fait un test à la vagotonine : le réflexe solaire, très faiblement positif avant vagotonine, devient nul après ; le réflexe oculo-cardiaque, nul avant, n'est pas modifié.

Le traitement est commencé le 2 mars (20 ampoules de vagotonine à 20 mgr.). Le 3 mars, 2 h. 45 après injection de vagotonine, elle dort paisiblement ; il faut la réveiller pour prendre ses réflexes, et, quelques minutes après, elle s'endort pendant qu'on mesure sa tension artérielle.

Le 5 mars, spontanément, elle dit avoir un bon sommeil, mais elle continue à pleurer souvent. Le solaire est resté nul, et le réflexe oculo-cardiaque ne s'est jamais montré positif pendant toute la durée du traitement et les premiers jours suivants. Mais peu à peu, et surtout à partir de la fin du traitement, son anxiété s'atténue et disparaît complètement ; elle ne parle plus que rarement de son pays natal. Elle passe bientôt au pavillon des convalescentes et sort un mois après.

*En résumé, malade atteinte de dépression mélancolique avec anxiété. Guérison de l'anxiété. Pas de modifications des réflexes neuro-végétatifs.*

Cette malade a présenté, elle aussi, quelques plaques érythémateuses localisées.

OBSERVATION III. — Mme Léa P..., 30 ans. Entrée le 18 mars 1933. — Inculpée de meurtre de ses deux enfants ; en proie à des idées de persécution mal systématisées, elle a voulu mourir avec eux.

A l'entrée, elle est très déprimée, pleure souvent.

Le 21 novembre 1933, et les jours précédents, elle a quelques crises épileptiformes.

Depuis son arrestation, elle dort peu et se montre anxieuse la nuit. Elle est pâle, maigre et présente les signes de la mélancolie anxieuse. Elle s'alimente peu, ne parle presque pas; elle répond à peine et évasivement aux questions posées. On la soupçonne d'avoir encore des idées de suicide. Pas de règles depuis son entrée à l'asile.

Le 1<sup>er</sup> mars 1934, elle est depuis quelque temps en voie d'amélioration, elle s'occupe dans le service, mais avec nonchalance et tout en

(Tableau correspondant à l'observation III)

DATE	VAGOTONINE	RÉFLEXE SOLAIRE				RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE			
		Avant vagotonine	1 h. 1/2	2 h.	3 h.	Avant vagotonine	1 h. 1/2	2 h.	3 h.
			après vagotonine				après vagotonine		
2 Mars 1934	40 mmg.	+	nul		faib. +	0	Très faible	Très faible	
Test.									
13 Mars 1934	40 —				faible			faible	
14 —	—								
15 —	20 —								
16 —	40 —								
17 —	20 —				+			+	
18 —	20 —								
19 —	40 —								
20 —	—								
21 —	—			+			++		
22 —	20 —								
Fin du traitement									
27 —		+				+			

restant silencieuse; cette attitude se comprend d'ailleurs, car la malade connaît le motif de son internement et y pense souvent.

Le 2 mars, test à la vagotonine: le réflexe solaire, positif avant, est aboli 1 h. 1/2 après, mais se montre de nouveau légèrement positif 3 heures après la vagotonine. Le réflexe oculo-cardiaque, nul avant, reste nul après vagotonine.

Le soir du 2 mars, les règles surviennent.

Le 9 mars, on note qu'elle s'éveille, s'occupe activement; interrogée, elle nous dit que « sa piqûre lui a fait du bien ».

On commence cependant, le 13 mars, un traitement par 18 ampoules à 20 mgr. de vagotonine, au cours duquel le solaire ne cède pas comme le jour du test, mais par contre, après 6 injections de vagotonine, le

réflexe oculo-cardiaque apparaît; il devient fortement positif vers la fin du traitement et le reste encore plusieurs jours après la dernière injection.

La malade est actuellement guérie de son anxiété. Elle dit spontanément que le traitement l'a beaucoup améliorée. Nous devons signaler qu'à partir du 15 avril, elle a fait de la fièvre en rapport avec un foyer de tuberculose pulmonaire (elle ne semble pas avoir eu d'antécédents tuberculeux). Pas d'amaigrissement. Au mois de mai, elle va mieux, quoique sa température vespérale atteigne parfois 38°.

*En résumé : Malade atteinte de mélancolie anxieuse. Sédation de l'état anxieux, qui était déjà en voie d'amélioration. Pas de modification de l'excitabilité sympathique, qui reste marquée. Augmentation de l'excitabilité parasympathique.*

OBSERVATION IV. — Mme Jeanne R..., 56 ans; entrée le 13 octobre 1932. — Il y a 29 ans, a fait un premier accès de mélancolie qui n'a pas nécessité l'internement.

Il y a 20 ans, deuxième accès pour lequel la malade n'a pas non plus été internée.

Troisième accès en 1930, c'est pour celui-ci que la malade est actuellement internée. Un oncle et deux sœurs aliénés.

Un mois avant l'entrée, elle fait une tentative de suicide. Le diagnostic d'entrée mentionne en particulier « mélancolie anxieuse avec quelques idées de négation hypocondriaques (plus d'estomac, plus d'intestins), gémit bruyamment, demande à grands cris qu'on la fasse mourir ».

En octobre 1932, l'état mental de la malade s'améliore, elle sort de l'asile malgré l'avis du médecin; elle est internée à nouveau une quinzaine de jours après.

Le certificat immédiat est le suivant : « Mélancolie anxieuse. Idées hypocondriaques de négation. Accès d'anxiété avec cris et désordre des actes. »

En septembre 1933, elle présente une amélioration assez nette pour qu'on puisse envisager sa sortie, mais, le mois suivant, rechute.

Le 25 février 1934, elle est un peu améliorée mais encore mélancolique.

Le 1<sup>er</sup> mars 1934, nous la voyons très anxieuse et légèrement agitée, elle pleure en disant : « Je vais mourir, on va me camisolier, me passer aux agitées... je n'ai plus rien dans le corps, etc... ».

Le 2 mars 1934, test à la vagotonine (voir le tableau). L'excitabilité sympathique se montre diminuée, et l'excitabilité parasympathique légèrement accrue par la vagotonine.

On commence le traitement dès le lendemain. Le 7 mars elle est toujours anxieuse. Le 8 elle est calme et même très abattue, elle se plaint de céphalée, mais il est prudent de faire des réserves quant à l'existence de ce symptôme, car la malade est hypocondriaque. Les

*Tableau correspondant à l'observation IV*

[illegible]

jours suivants, elle reste somnolente, alors qu'au début du traitement elle avait des insomnies.

Parallèlement (voir le tableau), on voit apparaître le réflexe oculo-cardiaque qui, nul au début, devient fortement positif dès le milieu du traitement.

Le 11 mars 1934, elle est toujours calme, sourit ; cette amélioration continue pendant toute la fin du traitement et persiste ensuite. Huit jours après, elle se met à s'occuper régulièrement. Elle ne gémit plus du tout, n'est plus anxieuse. Elle présente actuellement un léger déficit intellectuel.

*En résumé : malade atteinte de psychose périodique à forme mélancolique avec syndrome de Cotard. Excitabilité sympathique et parasympathique augmentées. Guérison de l'anxiété.*

OBSERVATION V. — Mme D..., 62 ans ; entrée le 27 juillet 1932. — Toute sa vie, elle s'est montrée inquiète et très préoccupée de sa santé. En 1931, cet état s'aggrave ; la malade devient anxieuse, gémissante, elle ne cesse de se lamenter ; auto-accusations, idées de culpabilité. Une tentative de suicide provoque son internement. Lors de son entrée à la Chartreuse, la malade est amaigrie, refuse de s'alimenter. Pendant les interrogatoires, ses mains sont sans cesse en mouvement, elle montre une mimique désespérée. Le diagnostic porté est celui de mélancolie présénile avec inquiétude, gémissements, pleurs.

A la fin de février 1934, son état est toujours le même. Elle a un peu décliné physiquement. Elle gémit toujours beaucoup.

Test le 1<sup>er</sup> mars 1934 : le réflexe solaire est positif avant et après l'injection de vagotonine. Le réflexe oculo-cardiaque, nul avant, n'apparaît pas après vagotonine.

Traitement du 1<sup>er</sup> au 12 mars : le solaire, positif, reste sans changement, pendant comme après le traitement. Le réflexe oculo-cardiaque apparaît après la cinquième injection de vagotonine. Il devient très net ensuite et se montre encore tel trois jours après la fin du traitement. L'état mental reste sans changement.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie présénile. La vagotonine augmente l'excitabilité du parasympathique et ne modifie pas l'excitabilité sympathique. Pas d'amélioration de l'état mental.*

OBSERVATION VI. — Mlle Marie L..., 65 ans. — En 1912, la malade a été soignée pendant quelques mois dans une maison de santé. privée. Elle est internée une première fois, en 1921, pour mélancolie avec anxiété très vive, idées d'indignité et de damnation, à la suite d'une tentative de suicide par strangulation et par asphyxie. Elle sort, très améliorée, en 1922. Elle rentre le 28 mars 1933 ; la

malade est redevenue très anxieuse, avec les mêmes idées délirantes qu'en 1931; elle fait, en outre, des difficultés pour s'alimenter. Après un traitement par le bromure de strontium et l'extrait thébaïque, la malade va mieux, se montre plus calme et s'alimente bien. En août 1933, on supprime l'opium et le bromure, mais aussitôt la malade redevient très anxieuse et on rétablit la médication. En février 1934, les idées de damnation persistent aussi vives. Pas de test.

Traitement du 13 au 22 mars 1934 : le solaire est positif du début à la fin du traitement. Le réflexe oculo-cardiaque, nul avant, n'apparaît pas après vagotonine. L'état mental reste sans changement.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse, psychose périodique, chez laquelle les injections de vagotonine restent sans effet, tant au point de vue mental qu'au point de vue neuro-végétatif.*

OBSERVATION VII. — Mme R..., 65 ans ; entrée le 9 juin 1932. — A toujours été mal portante : troubles gastro-intestinaux ; asthme, céphalées fréquentes, etc. En avril 1932, début des troubles mentaux : gémissements perpétuels, se plaint de douleurs généralisées ; insomnies, pas d'idées de suicide.

A son entrée, la malade est assez fortement obnubilée, elle est pâle, amaigrie, presque cachectique. Elle a 0,74 d'urée dans le sang. Elle gémit continuellement, se lamente, « je tremble, je vois du noir », etc. Pas d'idées délirantes, ni d'hallucinations. Son état physique s'améliore assez rapidement. Son état mental reste stationnaire depuis son entrée jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 1934, mis à part un paroxysme d'anxiété de courte durée, 15 jours après son admission.

Test le 1<sup>er</sup> mars 1934 : le réflexe solaire, positif, n'est pas modifié par l'injection de vagotonine. Le réflexe oculo-cardiaque est très faible, avant comme après.

Traitement du 1<sup>er</sup> au 12 mars : le réflexe solaire, du début à la fin du traitement, est fortement marqué. Le réflexe oculo-cardiaque apparaît très marqué après la cinquième injection. Il reste fortement positif pendant le traitement et même 3 jours après. L'état mental reste sans changement.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie pré-sénile. La vagotonine augmente l'excitabilité du parasympathique et n'apporte pas de modification à son état mental.*

OBSERVATION VIII. — Mme Ph..., 52 ans ; entrée le 31 juillet 1933. — Pas de troubles mentaux auparavant. Un frère suicidé ; une sœur mélancolique, mais qui n'est pas internée. Son mari meurt en 1916. Elle a des soucis d'argent et se sacrifie pour élever convenablement sa fille. Ménopause en 1932. A partir de Pâques 1933, elle devient pessimiste et inquiète. Au début de juillet, elle a ses premières idées de



suicide, bientôt suivies de plusieurs tentatives qui motivent son internement.

A son entrée : malade atteinte de mélancolie anxieuse avec idées hypocondriaques et interprétations délirantes : « Elle est le démon, tout le monde le dit. »

De la date de son entrée jusqu'en février 1934, elle fait cinq tentatives de suicide : noyade dans sa baignoire, strangulation, essaie de mettre le feu à ses vêtements, etc. Pas d'affaïssement intellectuel.

Test le 1<sup>er</sup> mars : le solaire est très marqué après vagotonine, il devient presque nul ensuite. Le réflexe oculo-cardiaque, faiblement positif avant, n'est pas modifié dans les heures qui suivent.

Traitement du 1<sup>er</sup> au 13 mars : pendant la première moitié du traitement, le solaire diminue, mais, à partir du 9 mars, il redevient positif. Quant au réflexe oculo-cardiaque, il apparaît fortement positif après 4 injections de vagotonine et le demeure pendant toute la durée du traitement. Le 16 mars, il est encore fortement positif.

\* L'état mental reste sans changement. La malade dort très peu depuis la suppression de la potion thébaïque et l'anxiété augmente de ce fait, semble-t-il.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse. La vagotonine augmente l'excitabilité vagale et ne modifie en rien l'anxiété.*

OBSERVATION IX. — Mme O..., 45 ans; entrée le 2 février 1931. — Mélancolie anxieuse avec idées de ruine, de damnation; elle se croit condamnée à mort, s'inquiète constamment « que va-t-on me faire ? » Terreurs, gémissements, refus d'aliments. Une tentative de suicide par précipitation du haut d'un pont détermine son internement. En août 1931, la malade parle constamment de l'enfer où elle doit aller, « elle est possédée du démon, « elle est « le diable en personne ». Elle gémit sans cesse et ne dort que grâce à une potion à base d'extrait thébaïque. Chaque matin, au réveil, elle pousse de véritables hurlements. Physiquement, elle se porte assez bien, elle s'alimente suffisamment.

Cet état se maintient jusqu'au mois de février 1934.

Test le 1<sup>er</sup> mars 1934 : oculo-cardiaque et solaire sont nuls, après comme avant l'injection de vagotonine.

Traitement du 1<sup>er</sup> au 13 mars : le solaire apparaît après la troisième ampoule de vagotonine et augmente avec les suivantes. Le 16 mars, il est à nouveau nul. Le réflexe oculo-cardiaque apparaît après la cinquième ampoule de vagotonine. Le 16 mars, il a disparu à nouveau. L'état mental reste sans changement.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse. La vagotonine détermine une augmentation de l'excitabilité du para et de l'ortho-sympathique ne persistant pas 3 jours après la fin du traitement. Aucun résultat quant à l'état mental.*

OBSERVATION X. — Mme S..., 72 ans ; entrée le 25 novembre 1924. — En 1909, la malade fait un accès de mélancolie avec idées d'indignité qui guérit rapidement.

En août 1924, après quelques fatigues et une période de sous-alimentation, les idées d'indignité réapparaissent. La malade s'accuse de toutes sortes de choses, elle est une « criminelle », elle est « damnée ». Elle fait deux tentatives de noyade en 24 heures, à la suite desquelles elle est internée. Ni hallucinations, ni idées de persécution.

Jusqu'en février 1934, la malade ne cesse d'être une mélancolique anxieuse. Elle réclame sa sortie pour aller dénoncer les vols qu'elle a commis et se faire emprisonner. « Toute sa famille est perdue avec elle et par sa faute. »

Test le 1<sup>er</sup> mars 1934 : le solaire est nul avant et après l'injection de vagotonine. Le réflexe oculo-cardiaque, positif avant, s'accroît fortement 1 h. 1/2 après l'injection ; 3 heures après, il est positif comme avant.

Peu de temps après l'injection de vagotonine, la malade s'endort. On la trouve endormie aux deux prises de réflexes qui suivent l'injection. Elle dort mieux cette nuit-là.

Traitement du 8 au 21 mars : le solaire reste nul. Le réflexe oculo-cardiaque est très fortement positif. La somnolence qu'on avait notée après le test ne se reproduit pas. L'état mental reste sans changement.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse. La vagotonine détermine une augmentation de l'excitabilité du parasympathique et n'amène aucun changement dans l'état mental.*

OBSERVATION XI. — Mme D. E..., 35 ans ; entrée le 20 mars 1933. — La malade avait présenté, quelques années auparavant, une première crise d'anxiété, avec idées de suicide.

Mélancolie anxieuse avec préoccupations hypocondriaques et pensée obsédante d'être poussée à tuer, malgré elle, son enfant. Crainte obsédante de mourir à bref délai; elle « n'a plus de poulx, ses poumons et ses intestins sont brûlés à la suite d'ingestion de médicaments prescrits par erreur, son cœur ne bat plus ».

Jusqu'en février 1934, l'état de la malade reste stationnaire. De temps en temps, elle a des accès d'agitation, malgré les bains quotidiens et la potion thébaïque. « On est tous perdus de ma faute », dit-elle. Chaque matin, de bonne heure, elle gémit bruyamment.

Test le 1<sup>er</sup> mars 1934 : le réflexe solaire, avant et après, se montre très nettement positif. Le réflexe oculo-cardiaque est nul, avant comme après.

Traitement du 1<sup>er</sup> au 13 mars : le solaire est toujours très marqué, même 3 jours après la fin du traitement. Le réflexe oculo-cardiaque apparaît, très faible, dès la cinquième injection de vagotonine ; il va

en augmentant jusqu'à la fin de la quinzième et diminue légèrement ensuite. Trois jours après la fin du traitement, il est encore très net. L'état mental n'est pas amélioré.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse. La vagotonine augmente l'excitabilité du parasymphatique. Aucun résultat au point de vue mental.*

OBSERVATION XII. — Mme Bo..., 47 ans ; entrée le 24 octobre 1932. — Mélancolie anxieuse avec idées d'indignité, de culpabilité ; croit être la cause de catastrophes, scrupules multiples ; préparatifs de suicide ; elle a vu la Mort et le Diable.

A son entrée à l'Asile, elle n'a plus d'hallucinations. Ses nuits sont calmes, mais sans sommeil.

En février 1934, la malade se croit damnée et s'imagine être la cause de la damnation de tous les siens ; « on va les incinérer », elle-même sera brûlée, etc.

Test le 1<sup>er</sup> mars 1934 : le solaire est nul, avant comme après vagotonine. Le réflexe oculo-cardiaque n'apparaît ni avant ni après.

Traitement du 1<sup>er</sup> au 13 mars : le solaire apparaît nettement après la cinquième ampoule de vagotonine, pour augmenter d'intensité jusqu'à la dernière injection. Trois jours après la fin du traitement, il est de nouveau négatif. Le réflexe oculo-cardiaque apparaît dès la cinquième injection et s'accroît encore ensuite. Il est très marqué 3 jours après la fin du traitement. Pas d'amélioration au point de vue mental.

*En résumé : il s'agit d'une malade atteinte de mélancolie anxieuse chez qui la vagotonine augmente l'excitabilité du système neuro-végétatif tout entier sans apporter de modification à l'état mental.*

### Commentaires

Nous ferons d'abord quelques remarques générales :

Aucun incident sérieux ne s'est produit au cours de ce traitement du fait du médicament employé. Les érythèmes localisés signalés dans les observations I et II furent très bénins et ne méritent pas qu'on s'y arrête.

La dose quotidienne de 40 mgr. de vagotonine n'a incommodé aucune de nos malades, mais elle ne semble pas non plus avoir donné de résultats plus nets, tant au point de vue de l'état mental qu'au point de vue de l'excitabilité neuro-végétative. Il semblerait donc suffisant de s'en tenir à la dose de 20 mgr. comme nous l'avons fait dans la série de traitements publiés antérieurement.

L'étude de l'épreuve-test montre que parmi nos douze malades, sept présentaient avant vagotonine une excitabilité sympathique marquée, et, par contre, une seule avait un réflexe oculocardiaque positif, ce qui vient à l'appui des constatations de D. Santenoise et P. Abély et de nos constatations précédentes, à savoir que les anxieux (sauf les périodiques) ont une excitabilité parasympathique faible ou nulle.

Quand à l'action de la vagotonine, nous l'envisagerons à plusieurs points de vue :

I. Nous n'avons pas noté, cette fois-ci, d'action bien nette sur l'état physique, qui d'ailleurs était satisfaisant auparavant.

Cependant, nous avons pu constater qu'à deux exceptions près (obs. VIII et XI), nos malades ne se sont montrées ni plus ni moins calmes que lorsqu'elles étaient soumises au traitement thébaïque, ce qui semblerait mettre en évidence une action sédative de la vagotonine. En particulier, plusieurs d'entre elles ont signalé qu'elles dormaient aussi bien et parfois mieux depuis le début du traitement. Mme C... (obs. II), qui n'avait jamais eu de potion thébaïque, s'est montrée très sensible à cette action calmante du médicament.

II. Action sur le SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF. En général (9 cas sur 12), la vagotonine a accru l'excitabilité parasympathique, ce qui s'est traduit par une augmentation ou même une apparition du réflexe oculo-cardiaque.

Si parfois l'excitabilité sympathique s'est montrée légèrement diminuée, ce ne fut que rarement, et cet effet n'a jamais persisté, de sorte que nous n'en tiendrons pas compte.

Enfin, à trois reprises (obs. IV, IX, XII), nous avons noté un fait paradoxal, semble-t-il : l'excitabilité sympathique s'est accrue.

III. Au point de vue mental, huit de nos malades n'ont éprouvé aucune amélioration, bien que sept d'entre elles aient vu leur excitabilité parasympathique s'accroître nettement ; par contre, chez ces huit malades, la vagotonine n'a pas modifié une excitabilité sympathique marquée.

Parmi les quatre autres, l'une (obs. II) put quitter l'asile, guérie de son anxiété. Chez elle, l'excitabilité sympathique et l'excitabilité parasympathique étaient nulles et ne furent pas modifiées par la vagotonine.

Pour les malades I et III, dont l'état était déjà en voie d'amélioration, il serait présomptueux d'attribuer la sédation complète de l'anxiété à la vagotonine ; mais on peut cependant noter que

l'une d'elles (III) a repris son activité normale dès le début du traitement et que ses règles, absentes depuis plus d'un an, sont réapparues à la suite de la première injection de vagotonine ; puis l'excitabilité parasympathique, nulle auparavant, devint positive. Pour Mme G... (obs. I), la suppression de la potion thébaïque, remplacée par la vagotonine, n'a pas été suivie d'insomnies, au contraire, mais la guérison de l'anxiété n'a été complète que trois semaines environ après la fin du traitement, et, dans ce cas surtout, il convient de faire des réserves, d'autant plus qu'ici les réflexes neuro-végétatifs ne furent nullement modifiés.

Enfin, il faut faire également des réserves au sujet de la malade de l'observation IV, qui, plusieurs fois déjà, avait vu céder son anxiété alors même qu'elle n'était pas soumise à un traitement par la vagotonine. Mais il est possible aussi qu'il ne s'agisse pas seulement d'une coïncidence. En tous cas, la vagotonine semble avoir provoqué chez elle une double modification des réflexes neuro-végétatifs : une augmentation du réflexe oculocardiaque et du réflexe solaire.

Dans cette série, comme dans la première, on ne peut voir aucun rapport entre les améliorations obtenues et l'entité nosologique à laquelle appartiennent les malades.

Il ne semble pas non plus que l'augmentation de l'excitabilité parasympathique entraîne la sédation de l'anxiété puisque, parmi les huit malades non améliorées au point de vue mental, sept ont vu leur excitabilité parasympathique s'accroître.

Au contraire, d'après les huit observations publiées précédemment (1), l'amélioration clinique semblait en rapport avec la diminution de l'excitabilité sympathique.

Malgré ces résultats divergents, nous considérons comme une indication générale du traitement de l'anxiété par la vagotonine, une excitabilité sympathique marquée, c'est-à-dire un réflexe solaire fortement positif.

(1) *Loc. cit.*

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 27 avril 1852*

*reconnue comme établissement d'utilité publique  
par décret du 11 décembre 1867*

## LISTE

**des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers  
de la Société Médico-psychologique (1852-1935)**

### *Présidents (1)*

1852-1853	MM. FERRUS.	1877	MM. BILLOD.
1853-1854	GERDY.	1878	BAILLARGER.
1854-1855	BUCHEZ.	1879	Prosper LUCAS.
1855-1856	PARCHAPPE.	1880	LEGRAND DU SAULLE.
1856-1857	PEISSE.	1881	LUYS.
1857-1858	BAILLARGER.	1882	DALLY.
1858-1859	CERISE.	1883	MOTET.
1859-1860	TRELAT.	1884	A. FOVILLE.
1861	BRIERRE DE BOISMONT.	1885	H. DAGONET.
1862	Adolphe GARNIER.	1886	Armand SEMELAGNE.
1863	DELASIAUVE.	1887	MAGNAN.
1864	J.-J. MOREAU DE TOURS.	1888	COTARD.
1865	GIRARD DE CAILLEUX.	1889	Jules FALRET.
1866	Félix VOISIN.	1890	BALL.
1867	Paul JANET.	1891	BOUCHEREAU.
1868	BROCHIN.	1892	Théophile ROUSSEL.
1869	CONSTANS.	1893	CHRISTIAN.
1870-1871	LASÈGUE.	1894	Auguste VOISIN.
1872	Jules FALRET.	1895	Paul MOREAU DE TOURS.
1873	LUNIER.	1896	Eugène CHARPENTIER.
1874	LOISEAU.	1897	Paul GARNIER.
1875	BLANCHE.	1898	MEURIOT.
1876	DUMESNIL.	1899	Jules VOISIN.

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société Médico-Psychologique fut présidée d'abord par Ferrus et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre, pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1900	MM. MAGNAN.	1919	MM. DUPAIN.
1901	JOFFROY.	1920	TRÉNEL.
1902	MOTET.	1921	PACTET.
1903	GILBERT BALLEZ.	1922	TOULOUSE.
1904	BRUNET.	1923	ANTHEAUME.
1905	VALLON.	1924	TRUELLE.
1906	BRIAND.	1925	ROUBINOVITCH.
1907	DENY.	1926	SOLLIER.
1908	SÉGLAS.	1927	LEGRAIN.
1909	LEGRAS.	1928	Raoul LEROY.
1910	ARNAUD.	1929	Pierre JANET.
1911	SÉRIEUX.	1930	CAPGRAS.
1912	KLIPPEL.	1931	Henri CLAUDE.
1913	René SEMELAIGNE.	1932	MARCHAND.
1914-1916	VIGOUROUX.	1933	Georges DUMAS.
1917	CHASLIN.	1934	MIGNOT.
1918	Henri COLIN.	1935	Th. SIMON.

*Secrétaires généraux*

1852-1856	MM. DECHAMBRE.	1867-1873	MM. LOISEAU.
1856-1858	CÉRISE.	1873-1881	MOTET.
1858-1859	BRIERRE DE BOISMONT.	1882-1920	RITTI.
1859-1861	ARCHAMBAULT.	1920-1930	Henri COLIN.
1862-1866	BROCHIN.	1930-1935	René CHARPENTIER.

*Trésoriers-Archivistes*

1852-1855	MM. MICHÉA.	1898-1902	MM. BRUNET.
1855-1861	BROCHIN.	1903-1908	ANTHEAUME.
1862-1871	LEGRAND DU SAULLE.	1908-1920	PACTET.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1921-1931	R. MALLET.
1893-1897	Jules VOISIN.	1931-1935	Mme THUILLIER-LANDRY.

**BUREAU POUR 1935***Président* : M. Th. SIMON.*Vice-Président* : M. Cl. VURPAS.*Secrétaire général* : M. René CHARPENTIER.*Trésorière-Archiviste* : Mme THUILLIER-LANDRY.*Secrétaires des séances* : MM. COURBON et Paul ABÉLY.

## LISTE DES MEMBRES établie le 29 janvier 1935 (1)

## Membres titulaires honoraires (14)

*Membres titulaires*  
depuis :

1884.	MM. SÉGLAS.
1888.	LEGRAIN.
1893.	KLIPEL.
—	PACTET.
—	SÉRIEUX.
1899.	NAGEOTTE.
1905.	LWOFF.

*Membres titulaires*  
depuis :

1909.	MM. LEROY.
1910.	PIÉRON.
1930 (2).	Paul CAMUS.
—	GUILLAIN.
—	Pierre MARIE.
—	Henry MEIGE.
—	André THOMAS.

## Membres titulaires (98)

*Membres titulaires*  
depuis :

1888.	MM. DUPAIN.
1895.	Pierre JANET.
—	ROUBINOVITCH.
1896.	TOULOUSE.
1910.	ROGUES DE FURSAC.
—	TRUELLE.
1911.	CAPGRAS.
—	MARCHAND.
—	VURPAS.
—	MIGNOT.
—	René CHARPENTIER.
1913.	FILLASSIER.
—	LAIGNEL-LAVASTINE.
1919.	MALLET.
—	Ach. DELMAS.
—	DEVAUX.
—	DUPOUY.
1920.	BARBÉ.
—	REVAULT d'ALLONNES.
—	MEURIOT.
—	SIMON.
1922.	RAYNIER.

*Membres titulaires*  
depuis :

1922.	MM. Henri CLAUDE.
1923.	Georges DUMAS.
—	BUSSARD.
—	RODIET.
1924.	LHERMITTE.
—	GUIRAUD.
1926.	COURBON.
—	LOGRE.
1927.	PETIT.
—	D. SANTENOISE.
—	CALMELS.
—	H. BEAUDOUIN.
—	MINKOWSKI.
1930.	DEMAI.
—	HEUYER.
—	Xavier ABÉLY.
—	A. BAUDOUIN.
—	FRIBOURG-BLANC.
—	GENIL-PERRIN.
—	LÉVY-VALENSI.
—	MAILLARD.
—	SENGÈS.

(1) La Société réunit actuellement 385 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire, correspondant national ou associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

(2) Membres honoraires nommés exceptionnellement en 1930 à l'occasion de la fusion de la Société Clinique de Médecine Mentale et de la Société de Psychiatrie avec la Société Médico-psychologique.



*Membres titulaires*

depuis :

1930.	MM. TINEL.
—	WALLON.
1931.	Paul ABÉLY.
—	CEILLIER.
—	VINCHON.
—	CODET.
—	H. BARUK.
—	BOREL.
—	BUVAT.
—	COLLET.
—	HARTENBERG.
—	Mme THUILLIER-LANDRY.
—	MM. TARGOWLA.
—	PÉRON.
—	BONHOMME.
—	GOURIOU.
—	ABADIE (1).
—	AMELINE.
—	AUBRY.
—	J. BARUK.
—	Ch. BLONDEL.
—	P. COMBEMALE.
—	DANJEAN.
—	DESRUÈLLES.
—	DIDE.
—	EUZIÈRE.
—	GUICHARD.
—	HALBERSTADT.

*Membres titulaires*

depuis :

1931.	MM. J. HAMÉL.
—	HESNARD.
—	LAGRIFFE.
—	LAUZIER.
—	J. LÉPINE.
—	NAYRAC.
—	M. OLIVIER.
—	PASTUREL.
—	POROT.
—	RAVIART.
—	RAYNEAU.
—	ROBERT.
—	ROUGEAN.
—	Ach. SANTENOISE.
—	VIEUX.
—	WAHL.
—	BOURGUIGNON.
—	VIGNAUD.
—	LARGEAU.
1932.	CÉNAC.
1933.	CARRETTE.
1934.	BRISSET.
—	LERAT.
1935.	ALAJOUANINE.
—	CROUZON.
—	PORC'HER.
—	N...
—	N... (2).

**Membres Correspondants Nationaux (109)***Membres correspondants*

depuis :

1886.	MM. LARROQUE.
1888.	LEMOINE.
1899.	BRETON.
1902.	COLOMBANI.
—	COLOLIAN.
1903.	CHÉNAIS.

*Membres correspondants*

depuis :

1904.	MM. VERNET.
—	A. RICHE.
—	SIZARET.
1905.	V. PARANT.
1906.	PAGE.
—	PERPÈRE.

(1) Ici, par ordre alphabétique, noms de membres non résidents élus membres titulaires le 28 mai 1931, par suite des modifications apportées aux Statuts de la Société le 26 janvier 1931 (de M. Abadie à M. Wahl inclusivement).

(2) Une élection à une place vacante de membre titulaire non résident aura lieu le lundi 25 février 1935. Une place de membre titulaire résident sera prochainement déclarée vacante.

*Membres correspondants*  
depuis :

1911. Mlle PASCAL.  
 1912. MM. BEAUSSART.  
 — OSSIP-LOURIÉ.  
 1913. ALBÈS.  
 — VOIVENEL.  
 1918. GILLES.  
 — J. COURJON.  
 1919. BOUDON.  
 — BENON.  
 — FRANKHAUSER.  
 1920. RENAUX.  
 — VIAN.  
 1921. ALLAMAGNY.  
 — MOLIN de TEYSSIEU.  
 1922. BROUSSEAU.  
 — EISSEN.  
 — QUERCY.  
 1923. Ch. REBOUL-LACHAUX.  
 — POTEL.  
 1924. PRINCE.  
 1925. G. PAUL-BONCOUR.  
 — Gilbert ROBIN.  
 — Mme MINKOWSKA.  
 1928. MM. MONTASSUT.  
 1930. CORNÉLIUS.  
 — DELAVILLE.  
 — GALLAIS.  
 — LAHY.  
 — VIÉ.  
 — SCHAEFFER.  
 — SCHIFF.  
 — Mlle WEINBERG.  
 1931. MM. BARRÉ.  
 — CHARTIER.  
 — COURTOIS.  
 — DADAY.  
 — DUMOLARD.  
 — GONNET.  
 — HYVERT.  
 — JUDE.  
 — MACÉ DE LÉPINAY.  
 — MARTIN-SISTERON.  
 — MEIGNANT.  
 — Frantz ADAM.  
 — Paul DELMAS.  
 — LAMACHE.  
 — VILLEY-DESMESERETS.  
 — GRIMBERT.  
 — BAUER.

*Membres correspondants*  
depuis :

1931. MM. CALMETTES.  
 — DELMAS-MARSALET.  
 — LABUCHELLE.  
 — FOLLY.  
 — R. D. ANGLADE.  
 — ERNST.  
 — PERRUSSEL.  
 — ARTUR.  
 — Paul COSSA.  
 — LARRIVÉ.  
 — FROMENTY.  
 1932. MESTRALLET.  
 — LASSALLE.  
 — MORAT.  
 — OMBRÉDANE.  
 — TRIVAS.  
 — H. ROGER.  
 — MARTIMOR.  
 — P. MASQUIN.  
 — BURCKARD.  
 — Henri EY.  
 — LE GUILLANT.  
 — PICARD.  
 — RONDEPIERRE.  
 1933. CUEL.  
 — PICHARD.  
 — VIGNERON d'HEUCQUEVILLE.  
 — DUBLINEAU.  
 — DAUSSY.  
 — POTET.  
 1934. CORMAN.  
 — LE GRAND.  
 — DONNADIEU.  
 — LÔO.  
 — CARON.  
 — LÉCULIER.  
 — MARESCHAL.  
 — LACAN.  
 — Mlle MARTILLE.  
 — MM. DECHAUME.  
 — GAUTHIER.  
 — POMMÉ.  
 — BARGUES.  
 — Emile ADAM.  
 — FREY.  
 — SCHÜTZENBERGER.  
 — Mlle CULLERRE.  
 1935. M. LAGACHE.

Nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

### Membres titulaires honoraires (14)

- MM. CAMUS (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 KLIPPEL (Maurice), 63, boulevard des Invalides, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 novembre 1893.  
 LEGRAIN (Maurice), 9, rue Pelouze, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 30 juillet 1888.  
 LEROY (Raoul), 16, rue Julie, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 mars 1898.  
 LWOFF, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.  
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.  
 NAGEOTTE (J.), 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI<sup>e</sup>). — 25 juillet 1898.  
 PACTET, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.  
 PIÉRON (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.  
 SÉGLAS (J.), 96, rue de Rennes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juillet 1884.  
 SÉRIEUX (P.), 131, boulevard Brune, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 janvier 1892.  
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

### Membres titulaires (98)

- MM. ABADIE (J.), 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.  
 ABÉLY (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.  
 ABÉLY (Xavier), Asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1921.  
 ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 AMELINE (Marius), Mehun-sur-Yèvre (Cher). — 30 mai 1910.  
 AUBRY (J.-M.-E.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.  
 BARBÉ (André), 11, rue de Luynes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 24 avril 1911.  
 BARUK (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.  
 BARUK (Jacques), Maison de Santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.  
 BAUDOUIN (A.), 5, rue Palatine, Paris (VI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.  
 BEAUDOUIN (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.

- MM. BLONDEL (Ch.), 1, quai Zorn, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 21 juillet 1928.
- BONHOMME (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.
- BOREL (A.), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- BOURGUIGNON (G.), 15, rue Royer-Collard, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- BRISOT (M.), Colonie d'enfants anormaux, à Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- BUSSARD (Edouard), 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.
- BUVAT (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 27 mars 1905.
- CALMELS (F.-L.), 22, avenue des Gobelins, Paris (V<sup>e</sup>). — 25 avril 1927.
- CAPGRAS (J.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 29 janvier 1906.
- CARRETTE (Paul), 8, avenue du Onze-Novembre-1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 31 mai 1926.
- CÉNAC (M.), 3, rue Coetlogon, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juin 1926.
- CEILLIER (André), 20, quai de Béthune, Paris (IV<sup>e</sup>). — 28 mai 1923.
- CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
- CLAUDE (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 mars 1922.
- COMBEMALE (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.
- CODET (Henri), 10, rue de l'Odéon, Paris (VI<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
- COURBON (Paul), Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 18 décembre 1916.
- CROUZON (Oct.), 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 28 janvier 1935.
- DANJEAN (Alexis), Asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
- DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
- DEMAY (G.), Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
- DESRUÈLLES (Maurice), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — 26 janvier 1931.
- DEVAUX (Albert), 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
- DIDE (M.), Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI<sup>e</sup>). — 28 juillet 1890.
- DUPAIN (J.-M.), 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V<sup>e</sup>). — 25 juin 1888.
- DUPOUY (Roger), 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII<sup>e</sup>). — 29 juillet 1907.
- EUZIÈRE (J.), 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
- FILLASSIER (M.-J.-A.), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
- FRIBOURG-BLANC (A.), 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1930.

- MM. GENIL-PERRIN (Georges), 99, avenue La Bourdonnais, Paris (VII<sup>e</sup>). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU (Paul), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
- GUICHARD (V.), 77, route de Levens, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- GUIRAUD (P.), Asile de Villejuif (Seine). — 27 novembre 1922.
- HALBERSTADT (Grégoire), Asile départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.
- HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HARTENBERG (P.), 64, rue de Monceau, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 24 juin 1907.
- HESNARD (A.), 4, rue Peiresc, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
- HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 décembre 1926.
- JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 janvier 1895.
- LAGRIFFE (L.), Asile des Aliénés, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE (M.), 12 bis, place de Laborde, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 juillet 1913.
- LARGEAU (Rob.), 29, rue de Clichy, Paris (IX<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER (Jean), Maison de Santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise. — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LERAT (H.), Asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
- LÉVY-VALENSI (J.), 37, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE (J.), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 avril 1924.
- LOGRE (B.), 49, avenue Montaigne, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 28 juin 1920.
- MAILLARD (Gaston), 40, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MALLET (Raymond), 22, avenue Mozart, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 25 février 1918.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV<sup>e</sup>). — 25 mars 1901.
- MEURIOT (Henri), Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 27 décembre 1920.
- MIGNOT (Roger), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1905.
- MINKOWSKI (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 mai 1925.
- NAYRAC (Paul), 25, boulevard Charles-Delesalle, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (Maurice), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL (Paul-Armand), Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PETIT (Georges), 160, rue de Paris, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- PORCHER (Yves-J.-M.), Asile de Villejuif (Seine). — 23 janvier 1933.
- POROT (A.), 29, rue Mogador, à Alger. — 25 novembre 1912.
- RAVIART (G.), 91, route d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.

- MM. RAYNEAU (James-A.), 117, boulevard Jourdan, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 mai 1909.
- RAYNIER (Julien), 3 bis, rue de Capri, Paris (XII<sup>e</sup>). — 28 février 1921.
- REVAULT D'ALLONNES (Gab.), Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 30 juin 1919.
- ROBERT (J.), 37, rue Rouget-de-l'Isle, à Auch (Gers). — 26 juin 1922.
- RODIET (A.), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1907.
- ROGUES DE FURSAC (J.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 février 1910.
- ROUBINOVITCH (Jacques), 3, rue de Médicis, Paris (VI<sup>e</sup>). — 27 juin 1892.
- ROUGEAN (R.), 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
- SANTENOISE (Ach.), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dole (Jura). — 28 mai 1931.
- SANTENOISE (Daniel), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.
- SENGÈS (N.), Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
- SIMON (Th.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 24 mai 1909.
- TARGOWLA (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII<sup>e</sup>). — 29 décembre 1923.
- M<sup>me</sup> THUILLIER-LANDRY (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII<sup>e</sup>). — 26 janvier 1931.
- MM. TINEL (J.), 254, boulevard St-Germain, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- TOULOUSE (Ed.), Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 27 juin 1892.
- TRUELLE (V.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 novembre 1901.
- VIEUX (N.), à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
- VIGNAUD (J.-B.), 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 novembre 1927.
- VINCHON (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII<sup>e</sup>). — 27 juin 1921.
- VURPAS (Cl.), 161, rue de Charonne, Paris (XI<sup>e</sup>). — 27 juillet 1903.
- WAHL (Maurice), Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.
- WALLON (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

### Membres Correspondants Nationaux (109)

- MM. ADAM (Emile), Maison de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain). — 18 décembre 1934.
- ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.
- ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — 26 mai 1913.
- ALLAMAGNY (P.), 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.
- ANGLADE (Roger-D.), Asile de Breutry-la-Couronne, près Angoulême (Charente). — 28 mai 1931.
- ARTUR, médecin d'Escadre, Croiseur Lamotte-Picquet, 2<sup>e</sup> Escadre, à Brest. — 22 juin 1931.

- MM. BARGUES (Roger), Asile public d'aliénés d'Agen (Lot-et-Garonne). — 26 novembre 1934.
- BARRÉ (J.-A.), 8, avenue de la Paix, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
- BAUER (E.), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
- BEAUSSART (P.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 novembre 1912.
- BENON (R.-L.), Hospice Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.
- BOUDON (L.), 64, rue de Bellechasse, Paris (VII<sup>e</sup>). — 28 juillet 1919.
- BRETON (A.), 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 30 janvier 1922.
- BURCKARD (E.), Asile de Sarreguemines (Moselle). — 27 juin 1932.
- CALMETTES (Albert), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
- CARON (Marcel), 6, rue Sarrette, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 juin 1934.
- CHARTIER (M.), 9 bis, avenue des Fleurs, à Nice (Alpes-Maritimes). — 26 janvier 1931.
- CHÉNAIS (L.), 6, rue Piccini, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 30 mars 1903.
- COLOLIAN (P.), 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 octobre 1902.
- COLOMBANI (Jules), 3, rue de Chaillot, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 27 janvier 1902.
- CORMAN (Louis), Hospice Général de Nantes (Loire-Inférieure). — 26 février 1934.
- CORNÉLIUS (René), 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 juin 1931.
- COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
- COURTOIS (A.), Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher). — 26 janvier 1931.
- CUEL (J.-R.), 2, rue Dorian, Paris (XII<sup>e</sup>). — 23 janvier 1933.
- M<sup>me</sup> CULLERNE (Elisabeth), Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 18 décembre 1934.
- MM. DADAY (P.), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
- DAUSSY (H.), Asile de Rennes (Ille-et-Vilaine). — 26 juin 1933.
- DECHAUME (Jean), 13, quai Victor-Augagneur, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- DELAVILLE, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
- DELMAS-MARSALET (A.), 79, Cours d'Aquitaine, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- DONNADIEU (A.), Asile de Ber-Rechid (Maroc). — 28 mai 1934.
- DUBLINEAU (J.), 104, rue de Roubaix, Armentières (Nord). — 27 février 1933.
- DUMOLARD (Léon), 64, rue d'Isly, à Alger. — 26 janvier 1931.
- EISSEN (Louis), Asile de Stephansfeld, à Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.

- MM. ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
- EY (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
- FOLLY (E.), 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne). — 27 avril 1931.
- FRANKHAUSER, 12, rue Humann, Strasbourg (Bas-Rhin). — 24 novembre 1919.
- FREY (Bernard), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 18 décembre 1934.
- FROMENTY (L.), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
- GALLAIS (Alf.), 58, rue de Rennes, Paris (VI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- GAUTHIER (M.), 120, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 26 novembre 1934.
- GILLES (André), Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
- GONNET (A.), 21, rue Brossard, Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
- GRIMBERT (Ch.), 11, rue Duroc, Paris (VII<sup>e</sup>). — 30 mars 1931.
- HYVERT (M.), Asile de Dury-les-Amiens (Somme). — 26 janvier 1931.
- JUDE, Directeur du Service de Santé, 84A, rue de Lodi, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
- LABUCHELLE (M.), 29, rue Naujac, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- LACAN (Jacques), 149, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 octobre 1934.
- LAGACHE (Daniel), 10, rue Georges de Porto-Riche, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 28 janvier 1935.
- LAHY (J.-M.), 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- LAMACHE (Alex.), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
- LARRIVÉ (E.), 192 bis, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1931.
- LARROQUE (Benj.), 823, calle Lavalle, à Buenos-Aires (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LASSALLE (Pierre), Asile de Saint-Lizier (Ariège). — 22 février 1932.
- LÉCULIER (Pierre), Asile du Bon-Sauveur, à Bégard (Côtes-du-Nord). — 25 juin 1934.
- LE GRAND (André), 243, rue Nationale, à Lille (Nord). — 23 avril 1934.
- LE GUILLANT (Louis), Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 27 juin 1932.
- LEMOINE, à Levanges, par Decize (Nièvre). — 27 février 1888.
- Léo (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 28 mai 1934.
- MACÉ DE LÉPINAY (Ch.), 4, rue d'Angivilliers, à Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
- MARESCAL (Pierre), 1, rue Cabanis, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 juin 1934.
- MARTIMOR (Emm.), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 mai 1932.
- MARTIN-SISTERON (M.), 14, rue Edmond-Rey, à Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
- M<sup>lle</sup> MARTRILLE (Denise), Etablissement neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 22 octobre 1934.



- MM. MASQUIN (Pierre), 10, rue d'Annanelle, à Avignon (Vaucluse). — 23 mai 1932.
- MEIGNANT (Paul), 8, rue Saint-Lambert, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
- MESTRALLET (André), 25, quai Claude-Bernard, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
- M<sup>me</sup> MINKOWSKA (Françoise), 2, square Delambre, Paris (XIV<sup>e</sup>). — 25 mai 1925.
- MM. MOLIN DE TEYSSIEU (Gérard), 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
- MONTASSUT (Marcel), 12, rue Quatrefages, Paris (V<sup>e</sup>). — 28 juin 1928.
- MORAT (Daniel), 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — 22 février 1932.
- OMBRÉDANE (André), 124, avenue Emile-Zola, Paris (XV<sup>e</sup>). — 25 avril 1932.
- OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 25 novembre 1912.
- PAGE (Maurice), 86, boulevard Michelet, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 mars 1906.
- PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- M<sup>me</sup> PASCAL (C.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1911.
- MM. PAUL-BONCOUR (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 avril 1925.
- PERPÈRE (E.), 4, rue des Marronniers, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL (Georges), Hôpital de la Manouba (Tunisie). — 28 mai 1931.
- PICARD (Jean), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- PICHARD (Henry), 23, rue Saint-Germain, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 janvier 1933.
- POMMÉ (Bernard), 18, avenue Berthelot, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- POTEL (R.), 57, rue du Port, à Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- POTET (M.), Directeur du Service de Santé de la VII<sup>e</sup> Région à Besançon (Doubs). — 27 novembre 1933.
- PRINCE (A.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- QUÉRCY (Pierre), Asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACHAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RENAUX (J.), Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.
- RICHE (A.), 8, place des Victoires, Paris (II<sup>e</sup>). — 25 février 1905.
- ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII<sup>e</sup>). — 27 avril 1925.
- ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), 211, rue de la Convention, Paris (XV<sup>e</sup>). — 23 décembre 1932.
- SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.
- SCHIFF (Paul), 14, rue César-Franck, Paris (XV<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

- MM. SCHÜTZENBERGER (Pierre), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 18 décembre 1934.
- SIZARET (J.), 13, boulevard Porée, à Saint-Servan-sur-Mer (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.
- TRIVAS (J.), Asile de Niort (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
- VERNET (Georges), Asile de Beauregard, à Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.
- VIAN (L.), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.
- VIÉ (J.), Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 22 décembre 1930.
- VIGNERON d'HEUCQUEVILLE (G.), 19, avenue Léopold-II, Paris (XVI<sup>e</sup>). — 23 janvier 1933.
- VILLEY-DESMESERETS (G.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 23 février 1931.
- VOIVENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
- M<sup>lle</sup> WEINBERG, 20, rue Daviel, Paris (XIII<sup>e</sup>). — 22 décembre 1930.

## Membres associés étrangers (164)

### Amérique (Etats-Unis d')

- M<sup>me</sup> ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.
- MM. BLUMER (George-Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.
- BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.
- CAMPBELL (C.-Macfie), Director, Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.
- FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.
- GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.
- GREENE (Ransom-A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.
- JELLIFFE (Smith Ely), Managing editor of the *Journal of Nervous and Mental Disease*, 64, West 56<sup>th</sup> Street, New-York City. — 28 mai 1934.
- LIBER (Amour-F.), 611 West 158<sup>th</sup> Street, New-York City. — 18 décembre 1934.
- MAY (James V.), Commissioner, Department of Mental Diseases, room 109, State House, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1933.
- M<sup>lle</sup> ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.
- MM. ROSANOFF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.
- THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

## Argentine (République)

- MM. BOSCH (Gonzalo), Professeur à l'Université du Littoral, Directeur de l'Hospicio de las Mercedes, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
- DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.
- DIMITRI (Vicente), Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, Chef du Service de Neurologie de l'Hôpital de Alvear, Suipacha, 819, Buenos-Aires. — 23 avril 1934.
- GORRITI (Fernando), 945, Bulnes, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- PINERO (Hector-M.), Secretario de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- ROJAS (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.

## Autriche

- M. WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstrasse, Vienne. — 27 avril 1931.

## Belgique

- MM. DE CRAENE (Ern.), Agrégé à l'Université, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.
- DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.
- HOEDEMAEKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.
- LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 9, avenue Fond-Roy, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.
- LEY (Jacques), Agrégé à l'Université, 28, Chaussée de Dieleghem, Bruxelles-Jette. — 22 octobre 1934.
- LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liège. — 25 avril 1932.
- MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsels, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- VAN BOGAERT (Ludo), Agrégé à l'Université de Bruxelles, 22, rue d'Aremberg, Anvers. — 18 décembre 1934.
- M<sup>me</sup> VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Professeur à l'Université, Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1931.

- MM. VERSTRAETEN (Paul), Médecin en Chef de l'Institut Caritas, à Melle, près Gand. — 28 mai 1934.  
 VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lès-Bruxelles. — 30 mai 1929.  
 VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

## Brésil

- MM. OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.  
 PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.  
 PEIXOTO (Afranio), Professeur de Médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.  
 ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.  
 ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.  
 SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.  
 VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

## Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.  
 M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, West Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.  
 Sir BOND (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Tothill Street, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.  
 MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.  
 CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.  
 Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.  
 MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1902.  
 GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.  
 JAMES (G. W. B.), Médecin psychiatre du St-Mary's Hospital, 124, Harley Street, London W. 1. — 26 novembre 1934.  
 MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.  
 Ross (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll Scotland). — 30 mai 1927.  
 RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.  
 SMITH (Percy), ancien Superintendent de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.  
 WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.

## Canada

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastai, Québec. — 26 janvier 1932.
- CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, Département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, Saint-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, ancien Surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LARIVIÈRE (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastai, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastai, Québec. — 30 mars 1931.

## Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.

## Colombie

- M. MAXIMILIANO RUEDA (G.), Professeur de Psychiatrie à la Faculté, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés, Bogota. — 26 février 1934.

## Cuba

- M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. — 28 novembre 1910.

## Danemark

- MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. — 28 juin 1926.
- WIMMER (Aug.), Doyen de la Faculté de Médecine, Universitets Laboratorium, 15, Nonevoldgade, Copenhague. — 28 février 1918.

## Egypte

- M. HADGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

## Espagne

- MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931
- BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. — 25 juillet 1910.

- MM. GERMAIN-CEBRIAN (José), Chef de la Section de psychiatrie et d'hygiène mentale de la Direction générale de Santé, Directeur de l'Institut psychotechnique, 7, Espalter, Madrid. — 26 novembre 1934.
- GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.
- IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23 novembre 1909.
- RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Professeur à la Faculté de Médecine, via Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.
- VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

### Esthonie

- M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université Karlova, à Tartu. — 30 mai 1927.

### Grèce

- MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.
- KOURÉTAS (Démètre), Chargé de Cours à l'Ecole du Service de Santé Militaire, 33, rue Solonos, Athènes. — 27 novembre 1933.
- LOVERDO (G. de), Secrétaire général de la Société de neurologie et de psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — 18 décembre 1934.
- MITAFTIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.
- TRIANAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.
- VLAIVANOS (S.), Professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonos, Athènes. — 25 mai 1912.
- VLAIVANOS (Georges-J.), Chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patission, Athènes. — 18 décembre 1934.
- YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

### Hollande

- MM. BOUMAN (L.), Professeur à l'Université d'Utrecht. — 30 mai 1927.
- VAN DER SCHEER, Professeur à l'Université de Groningen. — 22 février 1932.

### Italie

- MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.
- ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.
- BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.
- BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.
- CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.

- MM. CASCELLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. —  
30 mars 1896.
- CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20  
février 1911.
- DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. —  
27 juillet 1903.
- DONAGGIO (Arturo), Doyen de la Faculté de Médecine de Modena. —  
28 mai 1931.
- D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin  
1908.
- FORNAGA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio,  
Rome. — 30 novembre 1908.
- GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. —  
29 juin 1914.
- LAMBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. —  
13 juillet 1906.
- LÉVI-BIANCHINI (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Infe-  
riore. — 27 mars 1916.
- LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.
- MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. —  
29 janvier 1912.
- MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. —  
27 juillet 1914.
- MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet  
1902.
- MUGLIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. —  
25 novembre 1907.
- PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. —  
20 février 1914.
- RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —  
27 mars 1882.
- RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.
- SALERNI (Aleardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — 27 mars 1911.
- SANGUINETI (L. R.), Expert psychiatre près la Cour d'Appel de Gênes,  
2, via Serbelloni, Milan. — 28 mai 1934.
- SANTE DE SANCTIS, Professeur de Clinique neuro-psychiatrique à l'Uni-  
versité, 83, via Terme di Diocleziano, Rome. — 29 mars 1897.
- SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. —  
19 décembre 1904.
- SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. —  
27 mars 1882.
- TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. —  
28 avril 1902.
- TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —  
17 mai 1916.

## Norvège

- MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. —  
29 avril 1907.
- TIDÉMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

## Pologne

- MM. ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.  
 SCHMIERGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

## Portugal

- MM. BAHIA JUNIOR, Hospital Conde Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.  
 BETTENCOURT (Rodriguès), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.  
 MARTINS (Lopès), Professeur, à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.  
 MOURA (Elysio de), Professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coïmbra. — 26 novembre 1934.

## Roumanie

- MM. CAHANE MARES, Médecin-Chef de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — 22 octobre 1934.  
 DIMOLESCU (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 2 bis, rue de la Mélodie. — 23 mai 1932.  
 PADEANO, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — 23 mai 1932.  
 PARHON (C.-I.), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.  
 PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.  
 PITULESCO (Pierre), 2, Strada Episcopici, Bucarest. — 27 avril 1931.  
 STANESCO (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 10, rue Deparateanu, Bucarest. — 24 octobre 1932.  
 URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

## Suède

- M. KINBERG (Olof), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

## Suisse

- MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — 27 décembre 1926.  
 BOVEN (William), privat-docent à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.  
 FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.  
 FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — 23 novembre 1930.  
 LADAME (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile Clinique psychiatrique de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.



- MM. MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.
- MINKOWSKI (M.), Professeur de Neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zurich. — 28 janvier 1935.
- MOREL (Ferdinand), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — 18 décembre 1934.
- NAVILLE (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.
- REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.
- SAUSSURE (Raymond de), privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.
- WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

## Tchécoslovaquie

- MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezi-branská, Prague. — 27 mars 1905.
- SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — 23 décembre 1932.
- STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

## Turquie

- MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.
- MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Istanbul. — 28 mai 1931.
- ZIMALAKIS, Médecin-chef des Hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

## U. R. S. S.

- MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.
- JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.
- TRETIAKOFF, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

## Uruguay

- MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.
- ROSSI (Santin-Carlos), Professor de Clínica Psiquiátrica, 1296, Ibicuy, Montevideo. — 30 mars 1931.
- SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.

Séance du Jeudi 10 Janvier 1935

---

Présidence : M. Th. SIMON, président

---

### Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre M. le D<sup>r</sup> Cl. VURPAS, *vice-président*, qui, présidant à la même heure la séance de la Société de Neurologie de Paris, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Roger D. ANGLADE, *membre correspondant national*, qui déclare retirer sa candidature à l'une des trois places vacantes de membre titulaire de la Société ;

une lettre de M. Jean TUSQUES, interne en médecine des Asiles de la Seine, posant sa candidature à l'attribution du *Legs Christian* pour 1935 : cette lettre est parvenue le 29 décembre 1934.

### PRÉSENTATIONS

**Syndrome mixte d'hypocondrie,**  
par MM. Paul COURBON et Louis MARS

L'hypocondrie que le professeur Abadie (1) a récemment définie « l'exagération du souci de sa propre santé et la recherche excessive de la défense de celle-ci » est un syndrome dont le classement nosographique a, de tous temps, ainsi qu'il l'a bien montré dans son beau discours du congrès de Lille, fourni matière à controverses.

Pour lui, ce syndrome est l'expression directe d'une constipation psychopathique primitive, à laquelle il a donné pittoresquement le nom de constitution « arganique » prenant pour

(1) ABADIE : Hypocondrie et constitution hypocondriaque. *Congrès des aliénistes*, Lille, 1930.

parrain, de son néologisme, le fameux malade imaginaire de Molière.

Consécutivement, A. Delmas (1) s'est attaché à démontrer, avec sa savante et brillante dialectique, que l'autonomie de la constitution hypocondriaque n'était pas légitime, l'hypocondrie n'étant jamais que la traduction d'un amour de soi exagéré ou d'un état anxieux. La constitution arganique, pour Delmas, ressortit donc à la constitution paranoïaque dans le premier cas, et à la constitution anxieuse dans le second.

Nous ne prétendons pas ici rouvrir un débat doctrinal, pour la situation duquel il faudrait citer maints auteurs. L'un de nous (2) a d'ailleurs exprimé son opinion là-dessus en signalant le rôle capital du désœuvrement dans l'éclosion tardive de préoccupations hypocondriaques restées latentes jusqu'au seuil de la vieillesse.

Nous voulons simplement présenter une femme dont les manifestations hypocondriaques incessantes depuis plus de 30 ans, s'accompagnent de manifestations hypomaniaques tellement évidentes, que son syndrome semble ne pas pouvoir être interprété autrement que comme un état mixte de psychose maniaque dépressive. Elle a aujourd'hui 48 ans et depuis sa prime adolescence a vécu presque constamment au lit parce que se croyant atteinte de mille maux. Or, malgré cette conduite incontestablement hypocondriaque, elle a une telle mobilité d'esprit, une vivacité si opportune des réparties, une causticité si grande de l'ironie, un entrain dans la conversation si endiable, un tel talent de la caricature parlée et dessinée que sa fréquentation est extrêmement amusante, mais très rapidement fatigante.

Mme F... est âgée de 48 ans. Elle a été élevée dans la crainte des maladies par une mère, elle-même très déséquilibrée et très hypocondriaque.

Son enfance fut exempte, dit-elle, des maladies infectieuses du jeune âge, grâce au luxe des précautions maternelles ; mais en revanche, vers les 15 ans, survint un accident mystérieux qui émut toute la famille et depuis lequel sa santé est restée irrémédiablement perdue. Un beau jour, au cours d'un repas, elle faillit s'étrangler, tomba

(1) DELMAS : Discussion. *An. Médico-psych.*, 1931, T. I, p. 301. — Les rapports de l'hypocondrie et de la paranoïa. *Ann. Médico-psych.*, 1931, T. II, p. 1.

(2) COURBON : Hypocondrie et pathologie du désœuvrement. *Ann. Médico-psych.*, 1931, T. I, p. 337. — Discussion. *Ann. Médico-psych.*, 1931, T. I, p. 302 et p. 526.

à terre et eut une crise convulsive. La mère affolée appela un médecin qui fit le diagnostic de strangulation. Consécutivement, on consulta d'autres médecins qui furent d'avis différents. Mais toujours est-il que, pendant 2 ans, elle ne parut pas à table et fut nourrie dans sa chambre avec du lait et des œufs battus. Sa mère aurait même tenté de lui faire avaler le breuvage nutritif pendant qu'elle dormait. Grâce à ce régime, grâce à des soins répétés (on n'ouvrait jamais les fenêtres de sa chambre sans l'avoir copieusement vêtue ; on laissait constamment près d'elle une domestique ou une compagne pour ramasser les objets qu'elle pouvait laisser tomber, afin de ne pas plisser son intestin), elle se développa normalement, n'eut plus de crise de nerfs, devint une grande et belle fille dont la fonction menstruelle s'établit avec régularité.

Peu à peu, on lui permit une alimentation solide, mais bizarrement composée par la mère qui non seulement faisait venir de nombreux médecins, mais encore appliquait des traitements puisés dans les réclames des journaux. Elle se couchait pendant une heure après chaque repas pour éviter une ptose, et si entre temps quelque douleur apparaissait, elle se remettait au lit. Si bien qu'elle ne sortait presque jamais de chez elle, passait des journées à lire, peindre, faire de la musique quand elle se sentait en état de le faire. Elle recevait ses amies, mais à des heures bizarres, se trouvant *plus à l'aise la nuit que le jour*.

Malgré cette existence extravagante, elle se fiança avec un ami d'enfance, lui-même profondément anormal d'après les dires de la tante. Et au bout de 10 ans de fiançailles, ils se marièrent. Elle continua à habiter chez sa mère pour mieux soigner sa santé, laissant le mari occuper seul le domicile conjugal. Cela ne l'empêcha pas d'avoir, depuis 1915, 6 grossesses dont 2 fausses couches et 4 enfants encore vivants, un de 17 ans et un de 10 ans à peu près normaux, mais 2 arriérés, âgés de 14 et 15 ans, qui ne savent ni lire ni écrire.

Le mariage ne changea donc rien à la conduite de la malade. Elle laissa la tante s'occuper du ménage et de l'éducation des enfants. Et elle-même passa son temps à se soigner de maux toujours divers et toujours renaissants : d'une anémie, d'une grippe infectieuse, d'une pharyngite, d'une laryngite, d'une pneumonie droite, d'une complication pulmonaire du sommet gauche, de caries dentaires, d'entérite avec selles riziformes, etc., etc. Dans sa chambre s'entassaient des monceaux de remèdes. Elle se fit radiographier maintes fois.

Depuis des années, elle restait cloîtrée chez elle, se sentant trop faible pour sortir, mais consacrant à la musique, à la peinture, à la conversation et à la lecture tous les moments de répit laissés par la maladie. *Ces répit étaient plus fréquents, avoue-t-elle, la nuit que le jour et avaient lieu surtout quand elle recevait la visite de personnes sympathiques. Pendant ces moments, elle ne sentait plus son mal.*

Tant que l'aisance régna au foyer, elle put mener impunément cette existence désordonnée. Mais la crise économique, puis la mort

de la mère, enfin la maladie d'une sœur qui dirigeait la maison de commerce amenèrent la gêne. C'est alors que la famille se décida à demander l'internement.

Le 4 décembre 1934, elle était transférée de Ste-Anne à Vaucluse avec le certificat du Dr Guiraud : « Est atteinte d'état dépressif chronique avec déséquilibre mental et préoccupations hypocondriaques très actives. Exagération des moindres sensations douloureuses, insistance, lamentations, instabilité d'humeur, troubles du caractère. Malade incapable de vivre en liberté. Restait couchée pendant des années, incurie, alimentation insuffisante, défaut de soins corporels. Fonctions intellectuelles conservées. Malade chronique à transférer dans un asile de banlieue. »

Sa conduite, depuis son arrivée à Vaucluse, a été celle que décrit ce certificat, mais avec les particularités suivantes, qui donnent à son hypocondrie un caractère paradoxal.

Au lieu d'être immuablement concentrée sur elle-même et de consacrer toute son activité à l'introspection, elle se laisse distraire de ses préoccupations valétudinaires avec une aisance inouïe.

Spontanément, rien ne se passe dans la salle sans qu'elle le note et sans y participer. Elle fait de la psychothérapie à ses voisines, donne des conseils aux infirmières et le lendemain rapporte au médecin, en les décrivant d'une façon humoristique, tous les incidents de la journée. « La Russe refuse de manger parce qu'elle est amoureuse du médecin qui ne lui a pas assez fait la cour hier. La femme au nez crochu de polichinelle a parlé pendant toute la nuit. Les infirmières ne savent guère s'y prendre pour amener le calme, mais elles font ce qu'elles peuvent, ce sont de braves filles. La voisine a tenté de s'étrangler et ce n'a pas été la faute de la veilleuse qui a été sincèrement émue quand elle s'en est aperçue, etc. » Ses efforts psychothérapiques sont parfois très mal pris par les persécutées. C'est ainsi que deux d'entre elles l'ont accusée d'avoir causé la tentative de suicide à laquelle se livra effectivement une mélancolique qui couchait près d'elle. A la suite de cet incident, elle dut être mise dans une chambre spéciale, où elle se trouve beaucoup mieux d'ailleurs. Et elle n'a conservé aucun ressentiment contre ses accusatrices. Elle se montre au contraire très serviable envers elles comme envers tout le monde.

Depuis qu'elle a sa chambre particulière, elle passe les journées au lit à faire des travaux d'aiguille, à caricaturer parfois avec adresse les gens d'alentour, à lire et à écrire. Elle supplie les infirmières de venir lui tenir compagnie et bavarde éperdûment avec elles sur toute espèce de sujets. Lors de la visite, elle prend les allures d'une précieuse recevant dans sa ruelle et promet de ne pas dire un mot de sa santé si on consent à lui tenir conversation. Elle badine alors avec ironie. « J'aime beaucoup les nègres, nous dit-elle, saisissant le prétexte de la couleur de l'un d'entre nous pour faire de l'esprit. Mais n'allez pas en conclure que j'aie trompé mon mari avec

l'un d'eux. Car tous mes enfants sont blancs. On peut bien dire que je suis une malade imaginaire. Mais la couleur d'un enfant dont le père est noir ne serait pas imaginativement blanche. » « Voilà le docteur blanc et son ombre noire », ajoute-t-elle à notre apparition. « Entrez, asseyez-vous, continuez à m'intéresser. J'oublie mon mal à vous entendre. Le Dr Guiraud était charmant, il venait faire des cours à des jeunes gens au pied de mon lit. Il me demandait ce que je pensais de la question et était toujours de mon avis. »

« J'aperçois là-bas un interne de Ste-Anne, amenez-le moi. Ça me rappelle le bon temps. Avancez, Monsieur dont je ne sais plus le nom. Il n'y a jamais assez de personnes autour de moi. Hier le médecin n'est pas venu me voir. J'ai du temps de conversation manquée à rattraper. Causons. Racontez-moi du nouveau. »

Des scènes de gaieté et d'exubérance analogues se renouvellent sans cesse. Elle connaît tous les potins de l'asile, toutes les intrigues et les rivalités du personnel. On remplirait des pages à citer les amusantes saillies de sa verve.

Il est à noter cependant que *cette verve n'est pas constante. Elle est au maximum lorsque la malade est au lit*. Mais lorsqu'on la fait lever, qu'on la force à s'habiller et qu'on l'examine assise dans le bureau médical, les plaintes sur la santé l'emportent de beaucoup sur l'ironie. On peut dire brièvement de cette femme qu'elle est hypomaniaque quand elle est couchée et hypocondriaque quand elle est levée. Pas de modification de la tension artérielle ni du réflexe oculo-cardiaque dans ces circonstances.

Cet élément hypomaniaque ne date pas de Vaucluse. La tante a trouvé et brûlé un carnet de notes où il était fait mention de l'horaire et de la forme des caresses conjugales. A cette époque où ne régnait pas encore la mode actuelle du maquillage, elle se fardait copieusement et malgré sa vie recluse avait un luxe de toilettes tapageusement élégantes.

Ce syndrome que caractérise la contemporanéité de manifestations hypocondriaques et de manifestations hypomaniaques est d'un classement difficile.

S'agit-il de la coexistence de deux psychoses constitutionnelles ? Si oui, on a à faire à une association de symptômes de natures différentes. Et nous nous empressons de déclarer que cette conception des associations morbides, admise par Delmas et quelques auteurs, rejetée par d'autres, projette une grande clarté sur la question obscure des syndromes psychopathiques atypiques (1) ainsi que l'a indiqué l'un de nous.

Le rattachement à la constitution cyclothymique des manifestations hypomaniaques de notre malade ne soulèverait guère de

(1) COURBON : *Encéphale*, 1913, T. I, p. 434.

difficultés, tant nous croyons unanime l'adhésion des psychiatres à la conception de cette constitution. Mais à quoi doit-on rattacher les manifestations hypocondriaques ?

Faut-il les rattacher à la « constitution arganique » telle que l'a décrite Abadie ? Pour répondre catégoriquement oui, il manque à notre malade certains des caractères de la description. On ne note pas chez elle l'extrême répulsion pour les manifestations extérieures de la maladie, ou de la mort : vue du sang, des pansements, des plaies, des crachats, des humeurs, des personnes alitées, des enterrements, ni la hantise de l'étude des phénomènes physiologiques : scrutation des fonctions digestives, génitales et autres.

Faut-il rattacher ces manifestations hypocondriaques à la paranoïa ? Que cette femme soit une égoïste, soucieuse avant tout d'elle-même, c'est évident. Mais l'égoïsme est le propre de toutes les psychoses. Le mélancolique le plus humble et le plus auto-accusateur ne consentira jamais à taire son délire pour apaiser le chagrin de ceux qui le nient et pour qui il prétend se sacrifier. Le paralytique général, le plus altruiste, croit toujours ses richesses supérieures à sa générosité (1). Par contre, notre malade n'a jamais fait preuve de méfiance, de malveillance ni de rancune. Elle a de fréquentes algarades avec ses compagnes ou les infirmières, à cause de son exubérance. Jamais elle ne s'est sensibilisée, a toujours refait la paix avec ses contradicteurs, s'est constamment montrée très sociable, même trop sociable.

Faut-il rattacher ces manifestations hypocondriaques à l'anxiété ? Non, car elles existent sans aucun des éléments psychiques de l'anxiété ; l'appréhension, l'incertitude, le doute, l'irrésolution et sans son caractère somatique : l'angoisse. Il se peut qu'épisodiquement cette femme ait eu quelques paroxysmes anxieux. Mais nous n'en avons jamais constaté et les certificats médicaux n'en mentionnent aucun. De plus, sa famille la décrit comme têtue, non comme hésitante et versatile.

Mais, pour ne pas aller jusqu'à l'angoisse, l'état cœnesthésique de notre malade ne saurait être considéré comme normal. Livrée à elle-même, elle a perpétuellement un sentiment de malaise, elle éprouve une dysphorie qui lui font rechercher le repos et les médicaments, qui la font se croire malade et se comporter en malade. Mais la stimulation des visites, l'émotion d'un événement suffisent à lui rendre imperceptibles ce malaise, cette dys-

(1) COURBON : Valeur sémiologique de l'indifférence affective. *Encéphale*, 1912, T. II, p. 288.

phorie, à lui faire oublier qu'elle est malade et qu'elle doit se comporter en malade.

Ce sont les variations de l'humeur qui, entravant ou facilitant le jeu des processus intellectuels du sujet, modifient sa conduite.

Cliniquement, le tableau est celui d'un enchevêtrement de phénomènes d'exaltation et de dépression qui réalise l'état mixte tel que l'a décrit Kræpelin et tels qu'en ont rapporté en France Deny et Camus, Courbon, Halberstadt, Charles Blondel et d'autres auteurs.

Cet état mixte se distingue des autres états mixtes communément décrits par le fait que la dépression se traduit par des idées hypocondriaques et non des idées mélancoliques. Au lieu d'être mécontente de sa personnalité morale, notre malade est mécontente de sa personnalité physique. Si elle explique ainsi, par une mauvaise santé et non par une mauvaise conduite le sentiment dyscœnesthésique qu'elle éprouve, la cause en est peut-être à l'éducation reçue : elle fut élevée par une mère elle-même hypocondriaque et à la nature organique de l'incident émotionnel initial : elle crut s'étouffer un jour en avalant de travers.

Au total, nous croyons que dans notre cas les deux éléments antagonistes du syndrome, l'hypocondrie et l'hypomanie, sont l'expression d'une même constitution psychopathique : la constitution cyclothymique. Ce cas confirme donc l'opinion de Delmas, mais avec cette restriction que cette cyclothymie n'atteint pas l'anxiété.

#### Etude électromyographique d'un cas de contracture hystérique. Comparaison des courants d'action dans l'hystérie et la catatonie, par MM. H. BARUK et R. KOURILSKY.

Dans une série de recherches antérieures, l'un de nous (1), en collaboration avec le Prof. Claude et Thévenard, puis avec Mlle Nouel (2), a montré, pour la première fois, l'existence dans les muscles d'une série de catatoniques (au cours de la raideur, ou au cours d'attitudes cataleptiques) de *courants d'action* avec oscillations majeures analogues à ceux que l'on observe dans une contraction volontaire. Ces faits ont été ultérieurement confir-

(1) H. CLAUDE, H. BARUK et THÉVENARD : Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. *Encéphale*, déc. 1927.

(2) H. CLAUDE, H. BARUK et NOUEL : Réflexes plastiques et réactions musculaires psychomotrices. Le signe de l'anticipation des mouvements passifs. Le syndrome catatonique et le problème des bases physiologiques de la motilité volontaire. *Rev. Neurol.*, n° 5, mai 1929.



més par de Jong (1) dans un cas de catalepsie. L'un de nous (2) a donné ensuite une interprétation psycho-physiologique de ces données électromyographiques : il a montré que la raideur et le négativisme des catatoniques tout en revêtant un aspect clinique et physiologique analogue à celui d'une contraction volontaire, n'étaient pas voulus. Dans leurs déclarations, certains de ces malades disent bien qu'ils se raidissent et se contractent eux-mêmes, mais ils ajoutent que dans cette contraction leur volonté est mise en *marche malgré eux*. C'est pourquoi si la catatonie traduit une perturbation des fonctions psychomotrices volontaires, elle constitue néanmoins une maladie cérébrale d'origine organique toxique ou toxi-infectieuse.

Depuis fort longtemps, nous désirions étudier par comparaison avec la raideur catatonique, la contracture hystérique : on sait que cette dernière présente cliniquement un aspect extrêmement analogue à celui de la raideur catatonique ; dans les deux cas, les membres contractés réalisent l'apparence d'une *contraction volontaire* ; toutefois, il existe entre ces deux syndromes une différence capitale : c'est que la contracture hystérique est rapidement guérissable par des moyens suggestifs ou invigoratifs (Babinski), tandis que la contracture catatonique résiste à ces moyens.

Nous avons eu l'occasion de pouvoir observer une monoplégie pithiatique crurale gauche typique avec contracture très marquée en flexion et en adduction légère de la jambe sur la cuisse. Le détail de cette observation sera publié complètement ultérieurement. La guérison complète de la monoplégie a été obtenue par le procédé habituel employé par l'un de nous (3) dans le traitement des manifestations pithiatiques, c'est-à-dire par l'association scopolamine chloralose combinée à l'action suggestive.

Nous avons pu, grâce à l'extrême obligeance du D<sup>r</sup> Aubertin et de son collaborateur R. Lévy, que nous remercions très vivement, prendre des courbes électromyographiques des muscles en état de contracture. Nous avons à cet effet piqué deux aiguilles dans le muscle demi-membraneux à la cuisse gauche, l'une dans le ventre musculaire, l'autre dans le voisinage des tendons des muscles ischio-jambiers.

(1) DE JONG : *Nederl. Tydschr. v. Geneest*, 1930.

(2) H. BARUK : L'état mental dans la catatonie. Rôle de l'onirisme et des délires post-oniriques. Etiologie toxique. *Annales Médico-psychol.*, mars 1934.

(3) H. BARUK : L'association scopolamine-chloralose. Action physiologique. Quelques essais thérapeutiques en neuro-psychiatrie. *Gazette Médicale de France*, 1<sup>er</sup> janvier 1934.

Les quatre films suivants représentent les résultats de cette étude.

Dans la fig. n° I, le film est pris alors que le malade est laissé dans sa position habituelle. On note alors dans le muscle contracturé des courants d'action avec oscillations majeures très nettes, comme dans une contraction volontaire.

En II, on tente de réaliser un allongement passif de la jambe sur la cuisse, on rencontre une vive résistance. A l'électromyogramme, on note alors une *augmentation considérable dans l'intensité des courants d'action*.

En III, on commande au malade de fléchir la jambe sur la cuisse, on note alors des courants d'action au cours de la contraction volontaire, courants qui cessent à la fin de la contraction. Toutefois, il faut noter l'irrégularité et l'amplitude de cette contraction volontaire et les nombreux à-coups qui se produisent au moment de son exécution. D'ailleurs, au fur et à mesure que se réalise la flexion de la jambe sur la cuisse, la contraction volontaire diminue d'intensité et elle cesse spontanément dès que l'hyperflexion est obtenue.

En IV, enfin, un film est pris au cours de l'hyperflexion passive totale de la jambe sur la cuisse. Il n'existe aucun courant d'action dans les muscles ischio-jambiers.

*Conclusions.* — En résumé, nous avons observé dans un cas caractéristique de monoplégie hystérique des courants d'action avec oscillations majeures dans les muscles contracturés. Ces courants d'action sont analogues à ceux qu'on observe dans la contraction volontaire.

Dans les muscles contractés des catatoniques on retrouve des courants d'action de même type. Cependant, dans le cas de contracture hystérique que nous avons étudié, on peut noter des différences intéressantes.

Alors que chez le catatonique les courants d'action se produisent dès qu'on approche du malade et qu'on cherche à déplacer un segment de membre — quel que soit le sens du mouvement — chez notre pithiatique, les courants d'action ne se produisent que pour maintenir une attitude donnée, en l'espèce la flexion de la jambe sur la cuisse. En effet, si l'on imprime au mouvement passif le sens de l'attitude spontanée du malade (c'est-à-dire la flexion), les courants d'action disparaissent totalement. Il n'y a aucun accompagnement des mouvements passifs — comme dans la catatonie.

Si, au contraire, le mouvement passif s'exerce dans un sens opposé à l'attitude spontanée (c'est-à-dire dans le sens de l'exten-

Fig. 1. — Position habituelle du malade (flexion de la jambe sur la cuisse. Muscle demi-membraneux contracturé).

Fig. 2. — Exagération des courants d'action dans les tentatives d'allongement de la jambe sur la cuisse.

Fig. 3. — Courant d'action au cours d'une contraction volontaire commandée (flexion de la jambe sur la cuisse).

Fig. 4. — Disparition des courants d'action dans l'hyperflexion de la jambe sur la cuisse.



sion), des courants d'action très violents apparaissent — coïncidant avec une véritable opposition active.

En résumé, dans la catatonie comme dans le pithiatisme, il existe une contraction musculaire d'apparence volontaire. Mais dans la catatonie cette contraction semble représenter une réaction aveugle avec persévération de l'impulsion donnée — dans notre cas de pithiatisme la contraction est polarisée dans un sens déterminé.

D'autre part, dans les mouvements commandés de flexion de la jambe sur la cuisse (les seuls possibles à faire exécuter par notre malade), les courants d'action dénotent une irrégularité extraordinaire de l'influx moteur volontaire — nullement comparable aux caractères de la contraction volontaire chez les catatoniques. Ils cessent d'ailleurs brusquement d'eux-mêmes dès que le mouvement est suffisamment avancé. Ces caractères électromyographiques — joints à l'action thérapeutique si spéciale — permettent donc de corroborer l'individualité clinique du syndrome pithiatique tel que l'a décrit Babinski.

M. Henri BARUK. — L'histoire clinique de ce malade est très caractéristique : il a déjà présenté durant la guerre une première contracture pithiatique consécutive à une émotion. Il avait été heurté par un wagon, sans être vraiment blessé, mais à partir de ce moment il éprouvait une angoisse thoracique très spéciale, bientôt suivie de phénomènes neurologiques. Tous ces troubles ont disparu un jour brusquement. L'épisode actuel a présenté exactement les mêmes stades que le premier accident pithiatique : émotion, angoisse respiratoire (sans la moindre dyspnée d'ailleurs), puis apparition de la contracture et de la monoplégie crurale.

M. RAYNEAU. — Comme exemple du rôle des émotions dans la genèse des troubles hystériques de la marche, je rappellerai celui d'un brave homme qui, pendant 4 ans, resta astasique-abasique à la suite d'une réprimande infligée par sa patronne. Elle lui reprocha un jour d'avoir insuffisamment surveillé un enfant qui avait commis un larcin. Il en fut très ému et la nuit suivante éprouva des sensations de décharges électriques dans la colonne vertébrale et se réveilla incapable de se tenir correctement debout. Je le guéris en 6 mois de rééducation complètement. Mais de nombreuses années après, une récurrence de l'astasia-abasia apparut à la suite d'une accusation d'indélicatesse portée contre lui à l'occasion de ses fonctions de percepteur du prix des places, dans une fête populaire.

M. MARCHAND. — Pour confirmer ce que dit M. Baruk, concernant la réaction des hystériques aux excitations portées sur leur contracture, je citerai la conduite des camptocormes, observés par Pitres et moi, en très grand nombre pendant la guerre. On n'arrivait qu'avec beaucoup de lenteur à les allonger complètement sur le dos et cette manœuvre s'accompagnait de manifestations douloureuses. Mais quand, à la fin de la séance, on leur disait de regagner leur lit, ils se levaient et reprenaient immédiatement et sans paraître souffrir, l'attitude plicaturée. C'était la preuve que la contraction des muscles paralysés se faisait et était indolore.

M. PORC'HER. — Il est naturel que dans la tentative d'extension forcée, on enregistre un renforcement des courants d'action dus au réflexe myostatique (Sherrington) et, qu'au contraire, dans le relâchement forcé, l'électromyogramme soit à peu près muet.

M. Henri BARUK. — Bien entendu j'ai pris toutes les précautions techniques habituelles en ce qui concerne notamment le bon isolement des aiguilles. Je suis toujours en pareil cas la technique qui m'avait été indiquée par Mlle Nouel, élève de M. Lapique, à la Sorbonne, et avec qui j'ai beaucoup collaboré pendant plusieurs années au cours de recherches électromyographiques poursuivies dans le service du Professeur Claude et dans le laboratoire de l'Hôpital Henri-Rousselle, durant notamment les années 1928 et 1929.

M. COURBON. — Je félicite M. Baruk d'avoir su transformer l'électromyographe en un véritable instrument de psychoscopie. Les courants d'action de la catatonie traduisent, par leur orientation différente, les deux syndromes psychologiques du négativisme et de la suggestibilité qui caractérisent l'état mental catatonique. Ceux de l'hystérie traduisent, par leur polarisation dans le sens de la position de contracture, l'autosuggestibilité qui caractérise l'état mental pithiatique.

M. RAYNEAU. — Pour confirmer le rôle du sommeil comme adjuvant de l'action psychothérapique, je rappelle que, lorsque je prévoyais un échec de mon influence sur un malade, je lui faisais absorber du bromidia une demi-heure avant de l'hypnotiser et je réussissais, alors que, sans cette précaution, j'échouais. Et j'ai, pendant la guerre, présenté avec Boutet un état de surdi-mutité que nous avons guéri instantanément par la suggestion exercée après anesthésie au chloroforme.

M. Georges DUMAS. — L'état de l'émotion est celui d'une vraie confusion mentale. Et au moment où il sort de cette confusion, le sujet est dans un état de docilité qui le rend capable de créer des accidents pithiatiques et d'en être guéri par suggestion. Pendant la guerre, on employait des procédés de suggestion thérapeutique qui ne faisaient pas appel à la docilité comme le tabouret électrique. Le sourd-muet, en s'y asseyant, poussait un cri et se mettait à parler et à répondre sous l'effet de la décharge électrique. L'inventeur de la méthode faisait remarquer que, si la société oblige les citoyens à aller se faire tuer quand ils sont en bonne santé, elle peut bien les obliger à recevoir une décharge électrique curative quand ils sont malades.

M. Henri BARUK. — J'emploie maintenant, dans le traitement des accidents pithiatiques, une méthode combinant l'action pharmacodynamique avec la suggestion, grâce à l'association scopolamine chloralose. L'intérêt de cette association médicamenteuse m'avait été suggéré, il y a plusieurs années, par M. Pascal, pharmacien à Bazas. Grâce aux conseils du Professeur Tiffeneau, que j'avais consulté à ce sujet, j'ai poursuivi l'étude de cette association médicamenteuse d'abord chez l'animal (en collaboration avec M. Massaut, de Liège), ensuite en thérapeutique humaine, notamment dans le pithiatisme. C'est en effet dans ce syndrome que ce traitement donne les meilleurs résultats. On fait prendre, le matin à jeun, un cachet contenant, suivant les cas, les doses suivantes : *petite dose* : chloralose, 0 gr. 25 + scopolamine 1/4 de milligr. ; *dose moyenne* : chloralose, 0 gr. 50 + scopolamine, 1/2 milligr. ; *dose forte* : chloralose, 0 gr. 75 + scopolamine, 3/4 de milligr. Ce médicament détermine un sommeil calme, favorisant l'action psychothérapique et amenant aussi une détente nerveuse parfois très nette (diminution des céphalées, de l'insomnie, etc.). Cette méthode m'a paru très supérieure au torpillage, et m'a permis de guérir des malades restés rebelles à des torpillages intensifs. Elle n'est, en outre, nullement pénible pour le malade. Je n'ai jamais observé jusqu'à présent aucun incident : on note seulement, durant le sommeil, un certain ralentissement du pouls. Les résultats sont enfin proportionnels au sommeil obtenu ; les sujets qui ne dorment pas sont peu améliorés. Je commence en général par les petits doses pour tâter la susceptibilité du sujet, et monte ensuite à la dose moyenne ou forte suivant le résultat. Notre malade avait dû prendre la dose forte (0 gr. 75 + 3/4). Il m'a semblé toutefois que l'élimination du médicament était assez lente, d'où le principe de laisser 5 à 6 jours d'intervalle entre

deux doses. Le malade est laissé à jeun jusqu'à la fin du sommeil qui dure en général quelques heures.

J'ai employé aussi cette méthode dans de multiples syndromes nerveux et mentaux dans mon service de Charenton. On trouvera des détails sur ces essais dans la thèse de mon élève Schachter. Dans aucun cas, les résultats n'ont été comparables à ceux obtenus dans le pithiatisme de Babinski, dans lequel l'épreuve thérapeutique constitue vraiment une pierre de touche.

**Délire d'interprétation après encéphalite épidémique,**  
par L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT.

Après la phase aiguë de l'Encéphalite épidémique, on a constaté maintes fois des troubles mentaux chroniques dont certains paraissent être en rapport avec les lésions de l'Encéphalite qui continuent leur processus. On a constaté, d'autre part, des syndromes mentaux qui se rapprochent des affections mentales constitutionnelles.

Alors que, pour les premiers cas, il s'agit d'une Encéphalite prolongée, on discute encore sur les seconds pour savoir si :

1° L'Encéphalite crée la psychose ;

ou si :

2° L'Encéphalite a simplement favorisé l'éclosion d'une psychose constitutionnelle chez des individus prédisposés.

Nous présentons cette observation qui a trait à un cas de délire d'interprétation qui s'est développé après une Encéphalite épidémique.

Sa... Jean, âgé de 35 ans, entre à Ste-Anne le 11 décembre 1934.

Il avait fait l'objet à l'Infirmierie Spéciale du certificat suivant : « Idées de jalousie exprimées sur un ton désinvolte avec mauvaise foi souriante. Séparé de sa femme depuis 1933, prétend qu'un député en est devenu le protecteur. Conviction fondée, dit-il, sur l'interprétation d'un geste répété par ce personnage dans un tramway et peut-être aussi d'une parole entendue. Prétend avoir reçu de la poussière de créosote dans le visage et avoir dû se faire arracher deux dents sur-le-champ. Verbiage diffus de source souvent imaginative. Instabilité depuis de longues années. Reconnaît avoir été toujours paresseux. Prétend avoir été atteint d'encéphalite léthargique en 1920. Tremblement des mains, de la langue et des muscles péri-buccaux. Pupilles rigides. Strabisme externe œil gauche. A été l'objet d'un traitement prolongé de novarsénobenzol et de muthanol. » (D<sup>r</sup> Brousseau).



*Antécédents héréditaires.* — Rien de spécial. Le père serait mort à 47 ans d'un anévrisme de l'aorte.

*Antécédents personnels.* — Aucune maladie dans l'enfance ; il fait ses études secondaires et passe avec succès la première partie du baccalauréat à 16 ans.

Affectueux avec les siens, S. a toujours présenté un certain degré de déséquilibre : dans sa jeunesse, nous l'avons appris par sa sœur, il était un impulsif, il avoue lui-même qu'il était assez « casse-cou ».

En 1916, se place un événement qui, d'après le malade, devait avoir une grande répercussion sur sa vie. Se trouvant chez un camarade, il s'empare par jeu d'un revolver qu'il croyait vide, tire et blesse mortellement la mère de son ami.

Très bouleversé par ce drame, il s'engage à 17 ans, le 8 décembre 1916, pour la durée de la guerre. Tour à tour soldat dans un régiment d'artillerie, puis volontaire pour les chars de combat, il est cité le 20 août 1918 à l'ordre de sa brigade. Breveté chef de section, promu sous-lieutenant de réserve, il est démobilisé en décembre 1919.

Il s'installe à Marseille, comme secrétaire de direction, dans une affaire commerciale ; il tombe malade en avril 1920 : somnolence pendant 15 jours, paralysie des nerfs moteurs de l'œil, on pose le diagnostic d'encéphalite épidémique et on le traite par des injections intraveineuses de salicylate de soude, puis par des injections de muthanol.

Dans la suite, son entourage constate des modifications importantes de son comportement. Son caractère devient difficile, il est irritable, mythomane, croit qu'on s'occupe toujours de lui, qu'on veut lui nuire.

En 1922, il épouse, contre l'avis de sa famille, une jeune fille atteinte de tuberculose pulmonaire.

Très jaloux de sa femme, il lui fait des scènes continuelles, et la séparation est prononcée au bout de huit mois de mariage.

Il va habiter chez une de ses sœurs à T., s'occupe d'une exploitation agricole rapidement déficitaire, arrive à Paris en 1924, époque à laquelle il est soigné par Babinski. On lui fait plusieurs ponctions lombaires dont les résultats furent négatifs.

En 1925, il épouse, de nouveau contre l'avis de sa famille, une jeune corse d'extraction modeste, avec laquelle il part au Mexique ; il comptait reprendre l'exploitation de son père mais pensait surtout découvrir un testament en sa faveur.

En 1927, il revient en France et fait une typhoïde assez grave, avec délire, à son arrivée à Marseille.

Un an plus tard, S... obtient du gouvernement de l'Afrique Equatoriale Française une mission d'études en Oubangui-Chari. Sa femme, à qui il faisait quotidiennement de violentes scènes de jalousie et qu'il brutalisait, refuse de l'accompagner.

Il doit revenir en 1929, abandonnant volontairement une belle

situation pour retrouver sa femme, dit-il ; en réalité, on ne pouvait plus le garder à cause de son caractère.

Ne trouvant pas de travail en France, il s'expatrie, toujours seul, va aux Nouvelles-Hébrides.

Remercié cette fois encore, il obtient une situation dans la police au Maroc en 1932. De nouveaux incidents le font rentrer en France, il est admis dans la Police parisienne, où il espère, grâce à ses états de service, devenir bientôt officier de paix. Il est réformé à cause de son caractère très orgueilleux, il veut « faire du zèle » ; il va faire part de ses doléances à l'une de ses parentes, écrit pour se plaindre à des hommes politiques, prétend qu'on rentre chez lui en son absence, qu'on veut l'empoisonner en mettant de la strychnine dans ses aliments.

Il regagne B... pour vivre avec sa mère.

C'est à ce moment que s'accroissent les interprétations délirantes avec systématisation.

Un complot, à la tête duquel se trouvent le père de sa première femme et un député, M. V., est organisé contre lui. Il s'agit d'une « mafia politique », d'une affaire de « compagnonnage et de franc-maçonnerie ». Le député V. et plusieurs de ses amis l'ont suivi dans le tramway ; l'un d'eux est venu s'asseoir près de lui ; il se leva aussitôt, passa devant V. et l'entendit dire : « Il ne sait rien. »

Plus tard, il croise dans la rue un tailleur, M. J..., qui en passant près de lui remue un journal contenant probablement de la créosote, car il ressent peu après des douleurs dentaires violentes.

Il court chez un dentiste, on lui arrache deux dents ; celles-ci étaient intactes, mais le dentiste — un Bulgare — devait être complice.

Il croit également qu'on l'empoisonne ; il éprouve une sensation d'anéantissement avec douleurs dans la nuque et crampe dans les mâchoires, des troubles gastro-intestinaux.

Il n'est pas la seule victime, sa mère éprouve des troubles analogues.

Il porte plainte au Procureur de la République, mais n'obtient pas de réponse, car le maire de B., ami du député V. et de son ex-beau-père, ne fait pas procéder à l'enquête. Au mois de juin 1934, on le convoque au commissariat et on le conduit à l'asile de P.

À l'asile, il se croit soigné par un étudiant russe, M..., ami de V., très connu dans les milieux communistes.

On le fait engraisser pendant huit jours, puis on le laisse sans sommeil, on lui donne un cachet pour lui faire perdre la raison. On met dans son café de la « liqueur de Fowler », car il éprouve ensuite des sensations pénibles au niveau du cuir chevelu. On met dans la mayonnaise un produit qui lui paralyse tout le côté gauche pendant quelques minutes. Il éprouve des poussées dans la tête, tandis que son iris se dilate.

Il refuse alors de s'alimenter et s'évade de l'asile le 18 septembre 1934 pour retourner chez sa mère, à B.

Mais sa trace n'est pas perdue et la bande reprend ses exploits, il décide de venir à Paris « pour retirer sa femme du complot ». En cours de route, il doit changer de compartiment, car un voyageur lui tend à respirer un linge imbibé d'un liquide « qui sent mauvais et donne des excitations génitales ».

Dès son arrivée à Paris, il téléphone à sa femme, ce n'est pas elle qui lui répond mais son persécuteur, « le député V. » ; il reconnaît sa voix ; il menace, au cours de la conversation téléphonique, de tuer sa femme et de se suicider ensuite. C'est pourquoi, sur la plainte de sa femme, il est arrêté, conduit au commissariat, où un secrétaire, ami du député V., il le sait par « on-dit », l'interroge et l'envoie à l'Infirmerie Spéciale.

Depuis son entrée à Sainte-Anne, le malade manifeste les mêmes idées délirantes, désigne ses principaux persécuteurs, son ex-beau-père et le député V...

Au point de vue physique, l'examen révèle un léger tremblement fibrillaire de la langue et des muscles péri-buccaux. Faciès figé. Parole monotone.

Les réflexes tendineux sont vifs tant aux membres supérieurs qu'aux inférieurs.

Les pupilles sont en myosis, légèrement inégales, droite plus grande que gauche ; la pupille droite est irrégulière. Paresse des réactions à la lumière des deux côtés. On note enfin un strabisme supéro-externe de l'œil gauche, d'ailleurs variable ; il existe en effet parfois un strabisme externe bilatéral traduisant des troubles de la synergie oculaire.

La ponction lombaire pratiquée dans le service a donné les résultats suivants : tension au manomètre de Claude (position assise) : 62 au début, 30 après prélèvement de 15 cc. de liquide. Sucre : 0,60. Albumine : 0,20. Leuco. : 0,2. Benjoin : 00000.01210.00000. Bordet-Wassermann : négatif. Meinicke : négatif. Dans le sang, les réactions de Meinicke, Kahn et de Bordet-Wassermann sont négatives.

En résumé : il s'agit d'un sujet qui, atteint de déséquilibre mental avec caractère impulsif, a présenté à l'âge de 21 ans une Encéphalite épidémique. Dans la suite, on note des troubles du caractère avec quelques idées de persécution et en quelques années se développe un délire d'interprétation systématisé typique avec désignation des persécuteurs.

Nous ne pensons pas qu'il s'agisse actuellement d'une manifestation mentale toxi-infectieuse en rapport avec la persistance du processus morbide, mais le problème se pose de savoir si l'Encéphalite épidémique a laissé des séquelles telles qu'elles se traduisent actuellement par un délire d'interprétation, ou si

seulement l'Encéphalite épidémique n'a fait qu'exagérer un état constitutionnel.

D'après l'évolution de l'affection, il nous semble qu'on peut admettre que, dans ce cas, l'Encéphalite épidémique a laissé dans le cerveau, des lésions qui sont fixées et qui se traduisent cliniquement par un délire d'interprétation. On peut, en effet, établir un lien entre l'Encéphalite épidémique, les troubles du caractère, les idées de persécution, puis l'éclosion progressive et lente du délire d'interprétation.

Notons également que ce sujet a fait en 1927 une typhoïde avec délire traduisant encore sa fragilité cérébrale.

Nous pensons aussi que si la maladie mentale a pris cette forme c'est parce qu'elle est survenue chez un individu prédisposé, qui manifestait déjà un déséquilibre mental.

Cette observation nous a paru d'autant plus intéressante qu'il s'agit d'un syndrome mental qui n'a été signalé que rarement comme séquelle d'Encéphalite épidémique (Truelle et G. Petit).

Comme particularités cliniques, il y a lieu de noter la présence de troubles cénesthopathiques importants rarement décrits au cours du délire d'interprétation constitutionnel.

### **Présentation d'un nouveau catheter gastro-duodénal susceptible d'utilisation en médecine mentale, par M. Louis CAMUS.**

Au cours de notre collaboration avec notre ami, le Docteur H. Baruk, nous avons été amenés à pratiquer des tubages duodénaux par cathétérisme chez des déments précoces (1) en pleine catatonie avec négativisme, et nous avons pu réussir cette petite opération 6 fois sur 8.

Nous avons signalé sa difficulté, ces malades ayant présenté presque tous des spasmes gastriques et peut-être aussi duodénaux souvent extrêmement violents pendant leur tubage sous l'écran radioscopique.

Il est vrai toutefois que nous n'avions pas voulu, préalablement, bromurer ou atropiner ces malades, de façon à ne pas risquer de fausser l'étude expérimentale de leur bile.

Notre mode opératoire chez ces malades a été brièvement

(1) Louis CAMUS : Sur un procédé rapide de cathétérisme duodénal. *Bull. Acad. de Médecine*, 14 mars 1933.

Louis CAMUS et LEVASSOR : Le tubage duodénal rapide sous contrôle radioscopique. *Presse Méd.*, 12 juillet 1933.

indiqué dans le mémoire sur la catalepsie biliaire (H. Baruk et L. Camus) (1).

Les tubages, disions-nous, nous auraient été sans doute absolument impossibles par le procédé classique du tube d'Einhorn ou alors, dans les cas heureux, par les procédés classiques, nous aurions risqué de perdre beaucoup de temps et de fatiguer inutilement ces malades fragiles.

Au contraire, notre procédé par *cathétérisme rapide du duodénum* qui, particulièrement sous contrôle radiologique, ne demande habituellement que très peu de temps chez les malades habituels (2), nous paraît, à H. Baruk et à nous-même, le plus sûr et le plus pratique, jusqu'à présent, tout au moins chez cette catégorie de malades mentaux.

De plus, il nous a permis d'aller rapidement, et sur coup de téléphone, au cours d'une période d'accalmie, pratiquer un tubage duodénal chez un malade du Docteur Baruk atteint d'accès maniaques durant depuis plusieurs années et semblant évoluer vers la schizophrénie.

Le tubage se passa très bien mais sur sa fin, au bout d'une heure environ, la sonde dut être retirée rapidement, le malade s'agitant à nouveau violemment.

Nous rappelons ici brièvement le principe de notre technique :

*Ne plus attendre ni l'acheminement progressif de l'olive vers le pylore, par la musculature gastrique, ni sa déglutition dans le temps, comme avec le tube d'Einhorn, mais le conduire directement devant le pylore, puis dans le duodénum au moyen d'un tube à la fois suffisamment semi-rigide et souple pour pouvoir glisser le long de la grande courbure de l'estomac et venir s'engager sous la direction de l'opérateur dans la deuxième portion du duodénum.*

La sonde de gomme que nous avons employée chez les catatoniques serait trop molle pour pouvoir être utilisée ainsi sans les mandrins coulissables.

Celle que nous vous présentons n'en exige généralement pas l'emploi si l'on n'opère pas à la radioscopie.

(1) H. BARUK et L. CAMUS : Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale. Sa réalisation par certaines biles de tubage duodénal (mémoire). *Annales de la Soc. Médico-psych.*, déc. 1934.

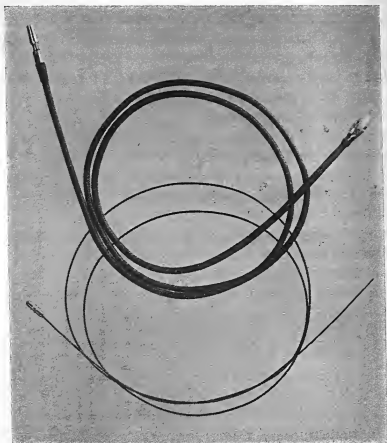
(2) R. GOIFFON : Cathétérisme duodénal rapide avec la sonde de Camus. *Soc. de Gastro-Entérol.*, 8 mai 1933.

D<sup>r</sup> A. PINÔS : Technique du tubage duodénal rapide. *II<sup>e</sup> Congrès national de Pathologie digestive*. Barcelone, décembre 1933.

P. BERNAY : Le tubage duodénal instantané par la sonde de Camus. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 23 janvier 1934.

Nous l'avions déjà utilisée au début de notre expérimentation du cathétérisme duodénal et avons pu effectuer avec elle plusieurs tubages rapides, la bile étant obtenue dans un temps variant de 10 minutes à une demi-heure.

MM. Goiffon et Neveux, que nous remercions ici, avaient bien



Catheter gastro-duodénal métallique.

voulu vérifier par eux-mêmes sur quelques malades nos constatations.

Malheureusement l'armature métallique de la sonde rouillait, la sonde devenait ainsi difficile à nettoyer et nous dûmes assez rapidement l'abandonner car elle se détériorait. Celle-ci n'a plus ce défaut.

Longue de près de un mètre, avec un diamètre externe de 3 mm. 5 seulement, elle est constituée par un tube en spirale jointive de métal *inoxydable*. Le fil a 4/10 de mm. de diamètre. Ce tube spirale est engagé dans un tube de caoutchouc mince,

repéré, y adhérant étroitement jusqu'aux deux extrémités de la sonde. L'une d'elles peut recevoir l'embout métallique d'une seringue de 10 ou de 20 cc., l'autre est terminée par une olive de métal argenté, un peu pesante, et à tige courte, afin de mieux pouvoir franchir le « genu-superius » duodénal.

Cette olive est dévissable et amovible et pourra être remplacée, le cas échéant, soit par une olive sphérique encore plus courte, soit par une très petite olive permettant l'introduction de la sonde par le nez. Elle permet également de franchir les « genu superius », très angulés.

Dépourvue de son olive, la sonde pourra être nettoyée de temps en temps, elle-même plus complètement, et son olive séparément.

Comme notre sonde bismuthée, cette sonde est nettement opaque aux rayons X.

Son diamètre interne est suffisant pour laisser coulisser facilement un fin mandrin de baleine ou métallique facilitant notamment l'introduction pharyngée chez les malades difficiles. Nous signalons, en passant, la flexibilité de notre tube duodénal qui lui permet, en dehors de son usage, d'être conservé dans une boîte ou un cristalliseur, maintenu enroulé en plusieurs cercles, avec toujours une tendance, dès qu'il n'est plus fixé, à redevenir droit par lui-même.

Sa souplesse est suffisante pour que même armé de son mandrin il franchisse facilement, le malade étant assez notablement inversé, les courbures duodénales.

Cette sonde ne peut donc plus se nouer dans l'estomac comme le tube d'Einhorn et, grâce à son élasticité, et peut-être aussi à son propre poids, *elle est toujours prête à franchir le pylore, dès qu'il s'ouvre, si l'extrémité olivaire du tube lui est bien présentée.*

Sterilisable par l'ébullition, ce catheter évite complètement l'emploi des antiseptiques qui avaient à un moment paru gêner H. Baruk et nous-même dans l'expérimentation des biles d'ictériques et de catatoniques.

Il est suffisamment résistant et ne peut naturellement se fendiller ni s'écailler à l'usage comme le catheter en gomme, notamment chez les déments précoces.

Par ailleurs, sa facilité d'introduction par voie nasale nous paraît susceptible de pouvoir rendre des services chez les malades mentaux pour les différents examens chimiques nouveaux de l'estomac (repas peptoné, épreuve de l'histamine, etc.).

(Nous ne savons pas encore si, introduite par voie nasale chez ces malades, la sonde pourrait aisément gagner le duodénum).

Nous ne voudrions pas terminer cette communication, ayant trait au tubage duodénal, sans rappeler que de nombreuses indications et modalités thérapeutiques (1) en ont déjà été données en gastro-entérologie et même en médecine générale. L'avenir, sans doute, fixera celles qui méritent d'être retenues.

Parmi elles, nous ne connaissons guère jusqu'à présent, du point de vue de la médecine mentale, que l'emploi de *l'alimentation duodénale* dans certains vomissements névropathiques, associés ou non à l'anorexie mentale, mais il ne nous paraît pas impossible que quelques indications thérapeutiques nouvelles du tubage duodénal et de ses différentes utilisations thérapeutiques naissent et se précisent un jour dans un domaine aussi vaste et aussi varié, croyons-nous, que celui de la médecine mentale.

M. Henri BARUK. — J'insiste sur les avantages de cette sonde en psychiatrie. Introduite sous le contrôle de la radiographie, elle renseigne sur l'état moteur de l'estomac. On voit notamment de formidables spasmes chez les catatoniques. Elle permet le diagnostic du siège pylorique ou vésiculaire de certaines affections. Elle est un agent de thérapeutique et un moyen d'investigation important pour le drainage de la bile. Enfin, elle permet d'alimenter le malade malgré lui, car en introduisant l'aliment au delà du pylore, elle le soustrait aux vomissements.

La séance est levée à 11 heures 30.

*Les Secrétaires des Séances,*

P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) L. CAMUS : Le tubage duodénal rapide thérapeutique. (Communication). *Premier Congrès Français de Thérapeutique*.

---



Séance du Lundi 28 Janvier 1935

---

Présidence : MM. Roger MIGNOT, ancien président  
et Th. SIMOM, président

---

Allocution de M. Roger MIGNOT, président sortant

MESSIEURS,

Au moment de quitter la présidence, je viens, encore une fois, vous remercier de m'avoir fait bénéficier de cette haute distinction.

Depuis les heureuses alliances de 1931, l'activité scientifique de la Société Médico-psychologique se développe d'une façon progressive. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, vous avez entendu près de cent communications et notre *Bulletin* officiel a pris une ampleur qui le classe parmi les plus importantes publications médicales françaises.

Vous n'attendez pas de moi, Messieurs, que je fasse une revue générale de vos travaux : une simple énumération serait sans intérêt pour vous, un exposé critique demanderait un long développement qui occuperait toute la séance.

J'aurai, par contre, le plaisir d'introniser M. Simon sur le siège présidentiel.

Puisqu'au temps lointain de 1898, nous avons été ensemble sur les mêmes bancs, qu'il me permette de le féliciter d'avoir mérité la place qu'il va occuper par l'importance, universellement reconnue, de son œuvre clinique et psychopédagogique... Il revenait à M. Simon de présider la Société, l'année où elle célébrera le centenaire de notre illustre maître, Magnan, dont il est un des élèves les plus brillants, et dont il est aussi le successeur, dans le service de l'Admission de Sainte-Anne...

Ce serait de l'ingratitude de ma part de ne pas remercier, avant mon départ, M. René Charpentier qui m'a évité tant de faux-pas et à qui la Société doit son activité dirigée.

Nos remerciements iront aussi à MM. Courbon et Paul Abély, qui accomplissent la tâche si délicate et si absorbante du Secrétariat des

séances, et, également, à Mme Thuillier-Landry, qui assume les ingrates responsabilités de la trésorerie.

Il me reste à inviter M. Vurpas à prendre place au bureau ; à peine aura-t-il quitté la présidence de la Société de Neurologie qu'il devra diriger nos débats en 1936.

### Allocution de M. Th. Simon, président

En prenant place au Bureau, M. Th. SIMON, *président*, remercie la Société et exprime son plaisir d'avoir à côté de lui cette année M. VURPAS, élu vice-président.

Il souhaite la bienvenue à M. le Professeur agrégé Ernest DE CRAENE, de Bruxelles, *membre associé étranger*, qui assiste à la séance et adresse les félicitations de la Société à MM. Paul ABÉLY, BOUDON, CÉNAC, DELMAS-MARSALET et PASTUREL, nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur*.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 13 décembre 1934 et le procès-verbal de l'Assemblée générale et de la séance ordinaire du mardi 18 décembre 1934 sont adoptés.

### Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Lucio-Vicente LOPEZ, ancien directeur du service d'observation des aliénés à Buenos-Aires, *membre associé étranger*, qui exprime à la Société ses vives condoléances à l'occasion de la mort de notre regretté collègue G. DE CLÉRAMBAULT et rend hommage à sa mémoire ;

une lettre de M. le Dr Ferdinand MOREL, privat-docent à l'Université de Genève, médecin adjoint de l'Asile clinique psychiatrique de Bel-Air, *membre associé étranger*, exprimant à la Société son émotion de la mort de notre collègue G. DE CLÉRAMBAULT et le souvenir qu'il conserve de son enseignement ;

une lettre du Dr Roma AMYOT, médecin de l'hôpital Notre-Dame, à Montréal, exprimant à la Société les regrets des neuro-psychiatres canadiens qui furent à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police les élèves de notre collègue G. DE CLÉRAMBAULT ;

une lettre de M. le Professeur Charles LADAME, médecin-directeur de l'Asile clinique psychiatrique de Bel-Air, de Genève, offrant à la

Société une intéressante plaquette consacrée à l'histoire, l'installation, l'organisation, et aux diverses activités scientifiques, thérapeutiques et sociales de cet établissement ;

des lettres de Mlle le D<sup>r</sup> Elisabeth CULLERRE, de M. le D<sup>r</sup> Emile ADAM, de M. le D<sup>r</sup> Jean DECHAUME, de M. le D<sup>r</sup> Bernard FREY, et de M. le D<sup>r</sup> Pierre SCHÜTZENBERGER, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

des lettres de M. le D<sup>r</sup> Amour-F. LIBER, de M. le D<sup>r</sup> Ferdinand MOREL, de M. le D<sup>r</sup> Ludo VAN BOGAERT, et de M. le D<sup>r</sup> Georges VLAVIANOS, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> E. BAUER, médecin-chef de l'Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne), qui pose sa candidature à la place vacante de *membre titulaire* non résidant ; la Société désigne une Commission composée de MM. P. COMBEMALE, DESRUELLES, J. HAMEL, LA-GRIFFE et COLLET, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 25 février 1935 ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Hans-Theodor STECK, privat-docent à l'Université de Lausanne, médecin de l'Asile de Céry, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* : la Société désigne une Commission composée de Mme THUILLIER-LANDRY, MM. René CHARPENTIER et CARRETTE, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 25 février 1935 ;

### Nomination d'un membre titulaire honoraire

une lettre de M. le Professeur Henri PIÉRON, *membre titulaire*, qui demande à être nommé *membre honoraire* de la Société : aux termes de l'article 3 des statuts, « après dix ans d'exercice, et s'ils en font » la demande, les membres titulaires peuvent recevoir de la Société « le titre de membre titulaire honoraire », le Professeur Henri PIÉRON, ayant été élu membre titulaire le 25 juillet 1910, remplit ces conditions et la Société décide, à l'unanimité, de le nommer *membre titulaire honoraire*.

### Attribution du legs Christian pour 1935

Ce prix, fixé à 1.000 francs par la Société pour l'année 1935, a été attribué par le bureau de la Société (conformément à l'article II du Règlement du Legs Christian) à M. Jean-Marie TUSQUES, interne en médecine des Asiles de la Seine.

Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

### Prix de la Société Médico-psychologique

La Société Médico-psychologique décide que le *prix Christian*, habituellement de 300 francs, sera porté à 1.000 francs pour l'année 1936 ;

que le *prix Belhomme*, habituellement de 900 francs, sera fixé à 1.200 francs pour l'année 1936 ;

que le *prix Aubanel*, habituellement triennal et de 1.500 francs, sera exceptionnellement décerné en 1936 et en 1937 et sera porté à 3.000 francs pour chacune de ces deux années. Le sujet déjà choisi par la Société sera celui du prochain concours (1936).

Pour le concours de 1937, la Société désigne le sujet suivant :  
« *Les psychoses jumeaux* ».

L'indication des prix à décerner par la Société en 1936 et en 1937 figure dans les *Variétés* du présent numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

### Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Henri BARUK, au nom d'une Commission composée de MM. Roger MIGNOT, René CHARPENTIER et Henri BARUK, sur les titres de M. le Professeur M. MINKOWSKI, de Zurich, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	25
Majorité absolue .....	13

A obtenu :

M. le D<sup>r</sup> M. MINKOWSKI ..... 25 voix.

M. le D<sup>r</sup> M. MINKOWSKI, de Zurich, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

### Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. P. COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. Henri CLAUDE, Georges DUMAS et Paul COURBON, sur les titres de M. le D<sup>r</sup> Daniel LAGACHE, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	27
Majorité absolue .....	14

A obtenu :

M. le D<sup>r</sup> D. LAGACHE ..... 27 voix.

M. le D<sup>r</sup> D. LAGACHE, de Paris, est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

## Election à 3 places de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. Henri MEURIOT, au nom d'une Commission composée de MM. Paul ABÉLY, GENIL-PERRIN, LHERMITTE, R. MALLET et MEURIOT sur les titres des candidats, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	30
Majorité absolue .....	16

Ont obtenu :

1<sup>er</sup> tour

M. le D <sup>r</sup> Th. ALAJOUANINE .....	27 voix.
M. le D <sup>r</sup> O. CROUZON .....	22 —
M. le D <sup>r</sup> Y. PORC'HER .....	18 —
Mme le D <sup>r</sup> MINKOWSKA .....	9 —
M. le D <sup>r</sup> R.-D. ANGLADE (1) .....	1 —

M. le D<sup>r</sup> Th. ALAJOUANINE, M. le D<sup>r</sup> O. CROUZON et M. le D<sup>r</sup> Y. PORC'HER sont élus *membres titulaires* de la Société Médico-psychologique.

## COMMUNICATIONS

Les modifications sanguines au cours de la pyrétothérapie soufrée, par MM. HAMEL (J.), CHAVAROT (M.), DUMONT (J.) et LALANNE (J.) (*Travail du Laboratoire de l'Asile de Maréville*).

Schreiber, Drüen, Vanelli, Céroni (2), et quantité d'autres auteurs étrangers ont écrit leurs résultats dans la pyrétothérapie soufrée.

En France, MM. Claude et Dublineau, au IV<sup>e</sup> Congrès de Thérapeutique, ont fait une excellente mise au point de cette question nouvelle.

La thèse de Lajournade (3) pour la démence précoce et la paralysie générale, celle de Triolet (4), l'article original de Donnadiou

(1) M. le D<sup>r</sup> R.-D. ANGLADE avait retiré sa candidature.

(2) SCHREIBER : *Psychiat. neurol. Wochnschr.*, 1933, 35, p. 33. — DRÜEN : *Psychiat. neurol. Wochnschr.*, 1932, 34, p. 553. — VANELLI : *Ann. osp. psychiat. di Perugia*, 1932, 26, p. 71. — CERONI : *Rassegna di studi psichiat.*, 1932, 22, p. 76.

(3) LAJOURNADE. — Traitement de la démence précoce par les injections d'huile soufrée. Thèse, Bordeaux, 1933.

(4) TRIOLET. — Contribution à l'étude de la pyrétothérapie dans les psychoses non syphilitiques. Thèse Lyon, 1933-1934.

Loo (1) pour la démence précoce sont parmi les plus récentes publications traitant de l'emploi de l'huile soufrée.

Jusqu'à présent, nous n'avons pas relevé d'indications relatives aux modifications sanguines consécutives à cette médication.

Relativement aux éléments figurés, elles sont :

- 1° Une oligocythémie ;
- 2° Une hyperleucocytose assez durable.

Utilisant une suspension au 1/100<sup>e</sup> de soufre précipité, dans l'huile d'olive, le traitement est conduit à raison de deux ou trois injections intramusculaires de 10 cc. par semaine.

Les courbes fébriles sont superposables à celles maintes fois publiées par les divers auteurs.

Les troubles locaux et généraux connus s'accompagnent d'une chute sensible du nombre des hématies. Cette chute existe chez tous les malades et la moyenne des numérations que nous avons faites chez une dizaine de sujets fait ressortir une différence de 1.000.000 à 1.600.000 après 8 à 10 injections de soufre. Les malades terminent le traitement avec moins de 4 millions d'hématies au mm. cube de sang.

Peut-être faut-il voir dans cette destruction la cause du subictère que présentent certains sujets.

Dans les heures qui suivent la piqûre, le nombre total des leucocytes, chiffré autour de la moyenne, à 7.000, tombe rapidement à 4.500 ou 5.000 par la disparition des polynucléaires ; la formule s'inverse souvent ; il semble que seuls les éléments lymphocytaires restent dans le sang périphérique.

Si l'on considère l'effet immédiat d'une injection de suspension soufrée comme un choc, on peut admettre qu'on se trouve en présence des modifications sanguines observées à l'occasion de certains accès fébriles violents à départ brusque, avec leucopénie.

Dès l'acmé thermique de la première réaction, le chiffre des éléments blancs remonte et dépasse 9.000, les polynucléaires réapparaissent et leur proportion va croissant pour figurer après la huitième réaction, en tête d'une hyper-leucocytose à 26.000 ou plus, laquelle persiste puis s'atténue en une quinzaine de jours.

La formule la plus déviée est :

Polynucléaires .....	92 %
Lymphocytes .....	3 %
Grands et moyens mononucléaires ....	5 %

(1) DONNADIEU et Loo. — La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce. *Ann. Méd.-Psych.*, XIV<sup>e</sup> série, 1, n° 5, mai 1934, p. 702.

Pas d'éléments embryonnaires de la série rouge, pas de myélocytes.

Disparition des éléments polynucléés dans la profondeur, ou appel au point d'injection ; chimiotactisme différent ou diapédèse inégale des différentes variétés cellulaires, ce sont là des hypothèses que nous tentons actuellement de vérifier chez le cobaye au même titre que le mécanisme de la polynucléose qui suit, vraisemblablement à partir de la moelle osseuse, pour représenter l'agent thérapeutique actif.

Pour l'instant, nous retenons seulement que la destruction globulaire peut être assez considérable chez certains sujets pour permettre d'ajouter l'anémie aux contre-indications de la pyrétothérapie soufrée.

Nous croyons devoir surseoir au traitement chez les malades qui en présentent, et chez les autres, aux médications adjuvantes tonique, anti-infectieuse et, quand il y a lieu, anti-spécifique ou anti-tuberculeuse, préconisées par Donnadieu et Loo, nous unissons une thérapeutique par les spécialités anti-anémiques usuelles.

L'extrait de foie, seul ou associé, nous a permis de limiter la perte globulaire à quelques centaines de mille unités seulement.

Cette première note sera complétée par la production des observations.

M. CARON. — Dans le service de M. le Professeur Claude, où nous nous sommes attachés à la question de la pyrétothérapie soufrée de la démence précoce, nous n'avons pas manqué de rechercher les variations sanguines sur lesquelles M. Hamel apporte aujourd'hui des données si intéressantes. Je signalerai à ce propos un article de MM. Claude, Dublineau et Kerfridin, dans le *Progrès Médical* du 28 juillet 1934 et surtout la thèse de Kerfridin ; Kerfridin a noté, comme M. Hamel, une baisse assez constante du nombre des globules rouges au cours du traitement, et une hyperleucocytose importante (19.000 en moyenne, chiffre du même ordre que celui donné par M. Hamel) consécutivement à chaque injection.

Je viens de faire avec M. Nodet, interne de la Clinique, le relevé des résultats consignés dans nos observations. La diminution des globules rouges est, dans presque tous les cas, assez régulièrement progressive au cours du traitement. Quant aux manifestations d'hyperleucocytose, elles m'ont paru plus marquées en général dans les premières semaines du traitement que dans les suivantes.

Ces résultats sont, dans l'ensemble, en concordance parfaite avec ceux qu'apporte M. Hamel ; les siens et les nôtres se confirment réciproquement.

Suite de la communication « Guérison d'un cas d'obsession par la réalisation de l'idée obsédante », par MM. G. HEUYER et NACHT.

A la séance du mois de mai 1934, nous rapportons devant la Société, l'observation d'un malade qui était obsédé depuis plusieurs années par l'idée d'être « donneur » au cours d'une transfusion de sang.

Sur notre initiative, il fut employé à une transfusion et il paraissait avoir été libéré de son obsession.

Cette suite heureuse nous avait surpris, aussi avions-nous cru intéressant de la signaler.

Ce malade a quitté Paris, mais nous a tenus au courant de son état. Il y a quelques semaines, il écrivait à l'un de nous qu'il avait été repris par son idée obsédante ; l'obsession revenait sous la même forme que jadis, elle était de nouveau si forte qu'il a dû abandonner à plusieurs reprises des places stables, pour aller à Marseille, à Nice et à Lyon, tenter la chance d'être pris comme donneur de sang dans un hôpital. Il décrit les caractères de son idée obsédante et de l'anxiété qui l'accompagne.

Ainsi le résultat thérapeutique, enregistré à la suite de la transfusion, dans laquelle il servit de « donneur », n'aura duré que quelques mois.

Nous rappelons qu'au cours de la discussion qui s'était élevée lors de notre présentation, des doutes avaient été formulés sur le caractère nettement obsédant de la préoccupation du malade.

Or, d'après les symptômes et d'après l'évolution, il est avéré qu'il s'agit bien d'une obsession d'un caractère un peu spécial, mais dont la fixité dans la monomanie est caractéristique. De plus, l'anxiété, qui accompagne toujours une véritable obsession, est incontestable. Enfin, il n'y manque pas la conscience de l'état morbide, constant dans une véritable obsession.

Ainsi, il est démontré une fois de plus que la réalisation d'une idée obsédante, quel que soit son contenu, ne peut entraîner la disparition définitive de l'obsession.



Une épidémie locale de névraxite, par MM. L. LE GUILLANT et Pierre Lôo (*Travail de l'Etablissement neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire*).

*Résumé.* — Les auteurs présentent les observations cliniques de 20 cas d'une affection singulière, observée à l'asile de La Charité-sur-Loire, et paraissant être une névraxite épidémique. Le tableau clinique est caractérisé par l'existence d'un syndrome basal constant : une paraplégie flasque douloureuse.

Certaines particularités sont également habituelles : caractère massif et incomplet des paralysies, absence de réaction de dégénérescence, importance des troubles de la réflexivité et des phénomènes douloureux des extrémités, souvent d'allure causalgique, absence d'altération du liquide céphalo-rachidien.

Cependant, il existe de nombreux symptômes ou formes atypiques : présence ou non d'une fièvre élevée, troubles digestifs, œdèmes, pigmentation noirâtre de la peau, rapidité du pouls. Plusieurs cas ont évolué comme un syndrome de Landry.

Les auteurs pensent qu'il s'agit de formes basses de l'encéphalite par suite de la coexistence de symptômes ou de cas typiques d'encéphalite. Cependant, ils signalent les analogies de leur épidémie avec celle d'acrodynie et surtout avec certaines épidémies asilaires jadis décrites où se rencontraient des manifestations observées dans les maladies par carence. Il est possible que certaines conditions étiologiques puissent rendre compte de l'allure clinique particulière de cette épidémie.

Cette communication paraîtra *in extenso* comme *Mémoire original* dans un prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

M. Noël PÉRON. — On a donné le nom de névraxite aux formes diffuses et superficielles de l'encéphalite qui léchaient le système nerveux. Or, les cas des auteurs comportent des lésions profondes de la moelle comme la poliomyélite. Il me semble que l'étiquette névraxite leur convient moins que celle de myélite aiguë disséminée. Ces œdèmes trophiques prouvent une atteinte profonde des centres médullaires sympathiques. De plus, la névraxite n'est pas contagieuse et les cas des auteurs sont le fait d'une contagion en foyer. Enfin les signes cérébelleux sont rares dans l'encéphalite.

M. HEUYER. — Les cas des auteurs présentent deux caractères : l'un étiologique qui est l'épidémie, l'autre clinique qui est le polymorphisme. Or, le terme de névraxite qui est celui de Sicard, me

paraît leur convenir très bien, car il entendait, par ce nom, indiquer que les lésions pouvaient siéger à un niveau quelconque du névraxe, tantôt profondément, tantôt superficiellement. Mais avant de décider sur la meilleure dénomination, il faut attendre le résultat de l'examen histologique.

M. BEAUSSART. — En 1920 ou 1921, à la Société clinique de médecine mentale, j'ai publié l'observation d'un malade du même asile de la Charité, interné depuis longtemps, pour lequel, après avoir pensé à la pellagre, je me suis rallié au diagnostic possible d'encéphalite épidémique.

M. HAMEL. — Si la glycorachis n'est pas constante, dans l'encéphalite elle y est fréquente.

M. Noël PÉRON. — L'an dernier, à la Société médicale des hôpitaux, M. Guillain a présenté un malade de la Salpêtrière atteint de pellagre. Il venait du département de l'Aisne.

M. GUIRAUD. — Dans les divers asiles où j'ai passé, j'ai rencontré certains syndromes pellagroïdes. En 1918, à l'asile de Toulouse, j'en ai vu un avec des phénomènes paraplégiques et des œdèmes semblables à ceux des malades des auteurs. Généralement, une diarrhée intense existe. Je crois que c'est la carence qui est la cause de ces états.

M. BRISSOT. — En 1926, il y eut, en Alsace, une épidémie importante de poliomyélite. N'en fut-il pas de même dans le Nivernais à cette époque ou plus tard ?

M. LE GUILLANT. — Je puis ajouter aux cas rapportés dans notre communication celui d'une femme vue hors de l'asile qui mourut en quelques mois avec 4 gr. 40 d'urée dans le sang après avoir présenté progressivement une teinte bronzée des téguments, de l'asthénie, des douleurs, de la perte des réflexes, mais rien dans le liquide céphalo-rachidien, rien dans le fond d'œil, pas de chute de la pression sanguine.

Ces cas évidemment sont difficiles à classer puisque polymorphes. Ils surviennent surtout dans les vieux quartiers de l'asile. La carence doit y être pour quelque chose. Les pièces vont être examinées au laboratoire de la clinique psychiatrique. Jusqu'à plus amples informés, nous les considérons comme un type clinique particulier dû en grande partie à la mauvaise hygiène et à la carence.

M. Léo. — J'ajoute que la diarrhée est en effet souvent incoercible. Sur nos 20 cas, 4 l'ont été hors de l'asile, dans un rayon de 12 kilomètres. Au début de 1933, nous avons vu le premier cas. Tous les autres n'ont apparu que dans les sept derniers mois de 1934.

**Démence précoce post-traumatique**, par MM. Louis LE GUILLANT et Pierre MARESCAL (*Travail de l'Etablissement neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire*).

Nous voulons rapporter aujourd'hui à la Société l'observation d'un malade qui, quatre ans après un coup de pied de cheval ayant nécessité une large trépanation pariéto-occipitale, présentait un syndrome de démence précoce actuellement typique, mais d'installation lente et progressive, directement rattachable au traumatisme crânien.

Le malade L. Octave est actuellement âgé de 23 ans.

Né à terme, il ne présenta dans son enfance aucune maladie grave.

Il était d'un tempérament gai, affectueux, joueur sociable, bien que quelque peu timide. Il fit d'excellentes études, passa son baccalauréat avec dispense et prépara une école vétérinaire.

C'est au cours de ces études, en juillet 1930, qu'il fut blessé d'un coup de pied de cheval à la région temporo-pariétale gauche. Bien que n'ayant pas perdu connaissance, il fut trépané le jour même et supporta parfaitement l'opération.

Après 15 à 20 jours de lit et un repos de quatre mois, il reprit ses études vétérinaires peu après la rentrée. Mais à ce moment il se rend compte de la baisse de son rendement scolaire. « J'avais, dit-il, beaucoup de peine à étudier, je ne pouvais ni réfléchir, ni me tenir à mon travail habituel. »

Le sommeil et l'appétit restent malgré tout assez bons, mais le malade commence à se plaindre alors de symptômes nouveaux pour lui, ce sont des céphalées et des vertiges qui deviennent de plus en plus violents. C'est à ce moment que le malade constate une grosse diminution de sa vision, portant particulièrement sur le champ visuel latéral gauche. Le diagnostic d'hémianopsie latérale homonyme aurait alors été porté par l'oculiste.

Il semble, malgré la pauvreté des renseignements fournis, que ce soit à cette époque que se déclarèrent les premières crises épileptiques, crises précédées d'un aura sensitif assez particulier : « Je sentais, dit le malade, quand ça allait venir, ça me tapait dans la joue à grands coups, je prévoyais alors que j'allais avoir ma crise, je me couchais et je perdais connaissance. »

Malgré tous ses efforts, le malade doit renoncer à ses études et quitte l'école en février 1931 pour se reposer.

Peu à peu se constitue alors un syndrome qualifié de psychasthénique, caractérisé par une fatigabilité extrême, une impossibilité à faire une lecture un peu suivie, à soutenir une longue conversation.

Son activité se rétrécit de jour en jour, il reste de plus en plus longtemps au lit, se préoccupe outre raison de son régime alimentaire, fait des plans d'avenir, des projets de plus en plus inconsistants, compose des emplois du temps qu'il ne suit jamais.

On voit alterner chez lui des phases d'inaction totale où il se lamente sur la diminution de son intelligence et de phases d'activité improductive où il couvre des feuillets entiers de projets de réforme de sa vie, de résolutions et de ligne de conduite pour l'avenir. Peu à peu, ces écrits prennent un tour stéréotypé, les préoccupations hypocondriaques y apparaissent et aboutissent à un dogmatisme alimentaire minutieux. Quelques idées de persécution s'y font jour, d'un caractère tout d'abord rétrospectif.

Le caractère du malade commence à s'altérer ; il manifeste vis-à-vis de sa mère des sentiments hostiles ; il devient boudeur, impulsif. Il se fait servir à part, rejette de son alimentation, sous prétexte d'hygiène, la plupart des aliments et finit par refuser de manger.

L'alternance des périodes de dépression et des périodes d'agitation devient de plus en plus nette.

Ce sont des périodes d'inactivité absolue avec crises de désespoir et idées de suicide : « Une balle dans la peau il me faudrait ! », dit-il.

Puis, à d'autres moments, il s'excite, parle sans arrêt. Il veut cultiver son physique par des exercices à allure stéréotypée, et son esprit par des lectures à tendance scientifique, dont il tire des règles de vie d'une application bizarre et dangereuse. Il va, dans la nuit, réveiller les voisins pour leur emprunter des livres, sort dans des tenues insolites.

A ce moment déjà on voit survenir chez L. des crises de rire brusques, imprévues et nullement adaptées. Le malade porte toute sa barbe, néglige sa toilette, s'enferme dans sa chambre d'où il sort brusquement pour donner à sa mère, sur un ton d'une rare violence, des ordres impératifs.

Enfin, vers le 25 août 1934, il fait une crise d'excitation encore plus nette avec cris, chants, hurlements, agitation motrice désordonnée, propos ambitieux incohérents ; il est conduit alors à l'hôpital de Nevers qui le dirige immédiatement sur l'Etablissement neuro-psychiatrique de la Charité-sur-Loire.

A l'entrée il présente un état d'excitation atypique, avec logorrhée, jovialité, aisance, jeux de mots par assonance, mais aussi quelques vagues idées d'influence et des mouvements stéréotypés.

L'examen physique montre une brèche osseuse de la largeur d'une paume de main dans la région pariéto-occipitale gauche, à 7 cm. au-dessus de la tubérosité occipitale interne, à 6 cm. de la ligne médiane, et paraissant empiéter légèrement sur l'écaille du temporal.

Au point de vue neurologique, on ne peut noter aucun trouble de la motricité, de la sensibilité, ni de la réflexivité, mais au niveau de l'appareil oculaire on constate qu'existe toujours l'hémianopsie latérale homonyme diagnostiquée dès le début des troubles. On note une sudation et une cyanose marquée des extrémités. Aucune tendance à la persévération des attitudes composées.

L'état d'excitation constaté à l'entrée ne tarde pas à se calmer, le malade reste dans son lit sans bouger, dans des attitudes stéréotypées, et s'alimente très difficilement. Il exprime par moment des idées hypocondriaques : « Son estomac prend la place de sa tête ; la nourriture de l'hôpital lui fait enfler les yeux ; on lui a enlevé le cerveau... », etc...

Dans le service, il se montre indifférent et absolument inactif. Il ne sort de cet état que pour manifester de brusques impulsions, cherchant parfois à frapper ses voisins de lit, ou lancer son assiette à la tête des infirmiers. A certains moments même, on le voit donner deux ou trois coups de poing dans le vide, comme s'il voulait frapper quelqu'un, vociférant quelques menaces ou éclatant de rire sans motif.

Depuis le mois d'août, le malade n'a présenté dans le service qu'une seule crise d'épilepsie typique.

Malgré une amélioration remarquable de l'état physique et une augmentation très considérable de poids, le malade ne présente aucun signe d'amélioration psychique.

A l'heure actuelle on note :

Masturbation très fréquente et publique ces derniers temps : excitation continue avec dispersion de la pensée qui est constamment parlée avec questions, réponses, soliloque incessant.

Rapide et bonne adaptation avec réponses pertinentes, puis dérivation rapide.

Ton plaisant ou railleur habituel, facéties, calembour, coqs-à-l'âne. Irritabilité, colères.

Monotonie générale, aucun coefficient moteur.

Parle avec volubilité tout en demeurant absolument immobile.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien se sont montrés absolument normaux.

Le fond mental, pour autant qu'il se laisse apprécier, n'est pas plus touché ou différemment qu'on ne l'observe dans les schizophrénies récentes.

Il n'existe aucun symptôme confusionnel.

Il semble donc que chez un sujet jusqu'ici indemne de toute tare mentale se soient développées, à la suite d'un traumatisme grave du cerveau survenu en juillet 1930, une série de manifestations psychopathiques continues caractérisées tout d'abord par une baisse consciente des qualités intellectuelles avec dysmnésie, aprosexie, diminution de l'efficiencé mentale. Des troubles psychasthéniques bientôt suivis de modification de l'humeur et du caractère avec alternance de dépression, avec idées de suicide et d'excitation, avec fuite des idées sont apparus ultérieurement. Cet état s'est aggravé peu à peu pour aboutir à une démence précoce présentant à l'heure actuelle tous les signes de la chronicité.

C'est à la fois la rareté et la netteté d'un tel processus qui nous a semblé légitimer la présentation de ce cas à la société.

M. HAMEL. — J'observe un dément précoce typique à forme catatonique dont les troubles mentaux remontent à une chute de bicyclette survenue lorsqu'il avait 29 ans. Consécutivement à cette chute qui avait provoqué une fracture du frontal, il resta quatre jours dans le délire. Il se rétablit mais avec des crises de somnolence. Puis dut être interné pour mutisme et négativisme pendant quelques mois. Il eut une régression qui permit la sortie de l'asile mais sans permettre la réadaptation sociale. Maintenant, il a des crises convulsives.

M. BARBÉ. — J'ai présenté, peu après la guerre, à la Société médico-psychologique, un soldat qui, à la suite d'une commotion par déflagration d'obus, eut un syndrome catatonique. Je ne sais ce qu'il est devenu.

M. GUIRAUD. — L'inertie et l'indifférence se rencontrent ailleurs que dans la démence précoce, par exemple chez certains paralytiques généraux impaludés. Les traumatismes peuvent également avoir pour conséquence suivant leurs localisations des symptômes moteurs différents. Il faut d'abord bien décrire le syndrome dementiel d'un traumatisé pour pouvoir affirmer qu'il s'agit réellement d'une démence précoce traumatique.

M. LE GUILLANT. — Oui, il y a des démences traumatiques qui ne sont pas de la démence précoce. Mais notre malade ne présente aucun des caractères déficitaires de ces démences. C'est un schizophrénique typique avec tout le syndrome affectif et psychique de la démence précoce.

Remarques sur un cas de régression d'un syndrome de « perversions instinctives » encéphalitiques, par M. Louis LE GUILLANT (*Travail de l'Etablissement neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire*).

De très nombreux travaux ont déjà été publiés, relatant et analysant les observations de sujets, chez lesquels sont apparus, consécutivement à l'encéphalite, des troubles de la conduite du type des « perversions instinctives ». Nous en avons nous-même publié, notamment en collaboration avec notre maître, le D<sup>r</sup> Heuyer, des cas typiques, donnant lieu à des considérations médico-légales intéressantes sur les caractères cliniques de la délinquance de ces sujets.

Ces observations, comme celles de troubles du caractère et de la conduite post-traumatiques, sous l'influence de l'usage des toxiques, ou marquant le début de psychopathies diverses, font partie d'un faisceau de faits semblables ou des modifications électorales mais profondes du comportement, envisagé surtout du point de vue médico-légal, sont cliniquement dans un rapport certain avec un état pathologique organique. Elles sont un des éléments d'information d'un débat beaucoup plus vaste : celui du déterminisme des anomalies des conduites et des sentiments sur le plan moral et social.

La constatation de « perversions post-encéphalitiques » a naturellement permis aux différentes doctrines sur ces vieux problèmes d'affirmer à nouveau leur position : la constitutionnaliste s'est efforcée de retrouver et de doser le rôle du terrain ; la psychanalyste, celui des tendances et des complexes inconscients préexistants. La clinique s'est attachée à différencier ces syndromes encéphalitiques des classiques perversions instinctives.

Cependant, l'analyse du mécanisme des réactions des encéphalitiques a permis quelques remarques plus fécondes.

Dans l'ensemble, les observateurs ont été surtout frappés du contraste existant entre les actions de ces sujets et leurs dispositions d'esprit. Réactions délictueuses répétées, voire violentes et mêmes cruelles d'une part, et, d'autre part, conservation d'un jugement moral normal et de sentiments affectifs très vifs. Ils apprécient d'une façon congruente leur conduite et manifestent des regrets sincères de fautes bientôt réitérées. Ce trait retrouvé par la grande majorité des auteurs est pour eux le critère psychoclinique du diagnostic avec les perversions instinctives.

Cependant, dans certains cas, outre la gravité et la récurrence des

réactions antisociales, les signes positifs du syndrome de Dupré sont observés. Ce sont eux qui, en définitive, individualisent seuls les « pervers » dans la masse des sujets présentant des anomalies morales ou des réactions anti-sociales. Ils consistent schématiquement dans : la malignité, jouissance dont se trouve investi l'acte pervers en soi — trait original encore qu'assez rare d'un tableau clinique débordant de toutes parts sur les autres champs de l'inadaptation sociale, — le cynisme, méconnaissance apparente ou négation des valeurs morales et affectives, caractère systématique des conduites.

Pour ces sujets, et à juste titre, les auteurs ne voient plus aucune différence — au moins sur le plan perversions — entre eux et les grands « invalides moraux » des classiques.

Ces formes graves correspondent, selon nous, à des atteintes encéphalitiques profondes ou anciennes, mais surtout précoces. L'altération du comportement et des sentiments ne saurait évidemment être entièrement indépendante du degré d'achèvement de la personnalité morale. Les dispositions antérieures, leur cohésion, leur résistance ou leur fragilité, entrent elles-mêmes naturellement en ligne de compte et, avec elles, tous les facteurs de milieu (à un double titre selon qu'ils agissent avant ou après la survenue des troubles). Nous verrons enfin que l'allure générale des troubles du comportement et du caractère encéphalitique se transforme profondément dans le temps. Ce fait trop négligé, cependant primordial, rend inutilisables beaucoup d'observations. Cette évolution, lorsqu'il nous a été donné de l'observer pendant des années, nous a paru se faire constamment dans le sens du passage d'un trouble à peu près isolé des conduites à une participation de plus en plus grande, réactionnelle, de la personnalité entière.

Ainsi se propose à nous une série continue de faits réalisant la gamme entière des degrés et des modalités du comportement et de la mentalité du mode pervers. Mais dans l'ensemble prédominant largement les cas où persistent un jugement moral et une affectivité subnormaux en dépit de troubles profonds de la conduite. Corrélativement, on retrouve fréquemment l'absence de préméditation, la maladresse et la bénignité relative des délits, parfois leur inachèvement ou leur réparation spontanée.

Ces particularités des pervers encéphalitiques ont été relatées dans des descriptions superposables ou avec des images auxquelles leur multiplicité et leur convergence confèrent à nos yeux une valeur toute particulière.

Pour Tincl, « on peut croire que c'est par la défaillance plus



« précise de quelque activité directrice, régulatrice et inhibitrice  
« que se produit au cours de l'encéphalite cette évansion des  
« automatismes inférieurs ou cette exaltation de l'émotivité, de  
« la même façon que se libère d'une influence frénatrice normale  
« la fonction motrice hypertonique qui détermine le parkinso-  
« nisme ».

Pour Reboul-Lachaux et Mlle Serin, « l'encéphalite ne paraît  
« pas avoir agi en exaspérant à proprement parler la déviation  
« du sens moral encore moins en créant une psychose perverse ».  
« Le rôle de l'encéphalite a été de déterminer un état nouveau  
« d'excitation psychique spéciale, agissant pour son propre  
« compte et empêchant le malade de prendre conscience de ses  
« tendances véritablement constitutionnelles et de les réfréner ;  
« c'est avant tout un état d'hyperthymie, de dysthymie. »

Robin, puis Claude et Robin cherchant à opposer les réactions  
des encéphalitiques et celles des pervers « constitutionnels »  
écrivent de même : « Dans le syndrome perversions instinctives,  
« c'est le pouvoir central qui pêche, dans le syndrome mental  
« de l'encéphalite épidémique, c'est le pouvoir exécutif. » Les  
mêmes auteurs constatent aussi plus simplement que les jeunes  
encéphalitiques « ne cessent pas d'aimer leur famille... Leur  
« affectivité est annihilée à certains moments par un trouble  
« impérieux de l'activité. A vrai dire, leurs intentions ne paraissent pas mauvaises. Ils ne sont pas maîtres d'eux ».

Ces remarques ont été faites cent fois par tout médecin ayant  
de jeunes encéphalitiques dans son service et aussi par le sur-  
veillant, les infirmiers, la famille. Leur banalité même nous dis-  
pense d'en rapporter d'autres citations ou quelques-uns des nom-  
breux traits caractéristiques que nous avons nous-même notés.

Les expressions : manque de « frein », de « volonté », défaut  
« d'inhibition », de « contrôle », « affectivité paradoxale »,  
reviennent sans cesse dans les observations de ces sujets pré-  
sentant des troubles de l'activité sans altération concomitante du  
fond moral et affectif.

Nous rappellerons cependant encore les très intéressantes  
recherches de Claparède et de Naville. Ce dernier, dans son étude  
du fond mental des encéphalitiques, dénommé par lui « Brady-  
phrénie » s'efforce d'en préciser, à l'aide de tests moteurs et  
psychomoteurs, le trouble fondamental. Nous ne pouvons malheu-  
reusement retracer ici les détails de ces épreuves et leurs résul-  
tats qui sont très significatifs (l'épreuve des puzzles, par exem-  
ple). La conclusion de Naville est que « chez les post-encépha-  
« litiques il n'y a pas seulement un ralentissement de certaines

« fonctions motrices complexes (bradykinésie), mais surtout un « ralentissement des opérations intellectuelles exigeant de la « réflexion..., l'adaptation à des difficultés nouvelles, ou tout au « moins qu'il y a un ralentissement *du pouvoir de manifester le « résultat de ces opérations en ordres de mouvements* ».

Cette résistance rencontrée dans les activités volontaires complexes (résistance qui se laisse retrouver dans un grand nombre d'états psychopathologiques au premier rang desquels sont les états asthéniques) semble par instants se suspendre. « Leur « inertie est d'autant plus frappante que parfois, au contraire, « ils ripostent et répondent rapidement. Ces mêmes malades ré- « lisent parfois avec une liberté et une rapidité surprenantes des « impulsions motrices subites et exécutent alors des mouvements « dont ils sont à d'autres moments tout à fait incapables. »

L'existence de ces phénomènes de « kinésie paradoxale » décrits par Souques, est la règle chez les Bradyphréniques. Ils ont généralement le caractère de réponse immédiate à un état affectif soudain et fort : irritation, désir, émotion (tentations-impulsions de Menger). Ils ne correspondent en aucune façon à une solution véritable des difficultés rencontrées, mais à la dérivation de l'effort ou au recours direct à des actions d'un niveau très inférieur, adaptées seulement à certaines conditions partielles et immédiates de la situation, plus ou moins automatiques. C'est pour les dépeindre que, nous risquant à notre tour à la métaphore, nous avons employé avec Tessier l'expression « court-circuit ».

Cette notion d'une défaillance à peu près exclusive de la « maîtrise de soi », chez les encéphalitiques, nous est depuis longtemps apparue comme extraordinairement intéressante pour une analyse exhaustive des réactions antisociales en général.

Sans exagérer l'importance de ces constatations, faites sur des sujets présentant des perturbations marquées du cours de la pensée et de l'activité, nous croyons y voir, à un grossissement ou mieux un « ralenti », particulièrement propices à son étude, le mécanisme fondamental de certains troubles du comportement, identiquement observés par tous les auteurs chez les encéphalitiques, mais pouvant être retrouvé dans un grand nombre de réactions, particulièrement médico-légales. En effet, un ensemble de faits analogues sont déjà bien connus que nous nous bornons ici à rapprocher : crimes « immotivés », délits des épileptiques, des émotifs, sous l'influence des toxiques, de certains états affectifs forts, chez des déprimés et un certain nombre d'individus absolument dépourvus de toute « perversion ». Nous ne pouvons

entreprendre, dans cette brève communication, l'analyse de semblables réactions. Nous indiquerons seulement les phénomènes de rétention et de renforcement de certaines tendances appétitives sous l'influence de contraintes de tous ordres. Il en résulte une limitation du champ de la conscience et une déformation affective des conditions extérieures qui font que le désir et l'action coupable sont, à certains délinquants, ce que la crainte et le raptus sont à l'anxieux. Dans tous ces cas, le désaccord entre les dispositions morales et affectives habituelles et certaines conduites momentanées, fait généralement imputer à une « libération » de pulsions affectives inconscientes des actes qui apparaissent comme échappant à l'activité volontaire du sujet.

Ces données, si contraires à nos conceptions habituelles vis-à-vis des infractions aux disciplines morales ou sociales — que nous supposons précédées, accompagnées, et aussi suivies, au moins dans une certaine mesure, d'une adhésion à peu près entière de la personnalité — ne semblent guère avoir été utilisées pour l'étude du comportement amoral et asocial qui se propose cependant à nous impérieusement à une époque dominée par la faillite de tous les modes de vivre traditionnels de l'homme en société. Les médecins qui observaient si nettement ces faits chez les encéphalitiques se sont contentés généralement d'en prendre les caractères particuliers comme base d'une distinction clinique avec les pervers vrais. Ces différences, souvent brèves et précaires, demeurent totalement extérieures et stériles. Lorsqu'en effet ce ne sont plus des réactions antisociales épisodiques, et comme indépendantes des dispositions affectives et morales du sujet, qu'il est donné d'observer, mais les traits pervers les plus significatifs, il nous faut abandonner cette distinction, devenue sans objet, pour l'hypothèse d'une suscitation tardive de « perversions instinctives ». Or, si l'existence de pareilles tendances, innées, peut se soutenir chez l'enfant (ce que nous ne croyons nullement, au moins dans la forme sous laquelle nous le proposent les thèses constitutionnalistes : Ecole italienne, Magnan, Dupré, Kretschmer, etc...) tout ce que nous savons de l'unité de la personnalité adulte ne nous permet pas d'admettre l'apparition, par exemple, d'une « inaffectivité », d'une « amoralité » isolées. Ces éléments, cependant nécessaires, du syndrome classique, ne sauraient exister en dehors d'une dissociation véritable de la personnalité qui n'est en aucune façon observée.

Cette impossibilité fondamentale réjoint ce qu'il nous a été donné d'observer personnellement des pervers (nous avons en vue particulièrement les encéphalitiques, mais aussi les autres,

au moins lorsqu'ils sont jeunes) qu'il nous apparaît contraire à l'évidence de juger dépourvus de sentiments affectifs ou même moraux.

C'est, au contraire, comme animés d'un puissant « ressentiment », au sens Nietzscheen, qu'ils nous paraissent intelligibles, jaloux et susceptibles, irritables et obstinés, dominés par un sentiment de soi éminemment ombrageux, fixés dans une attitude systématique d'opposition. Il est aussi faux de les supposer inaffectifs que d'admettre par exemple l'indifférence affichée d'un paranoïaque.

Nous pensons qu'il s'agit bien plus d'attitudes affectives réactionnelles et de tentatives de l'individu pour échapper à un intolérable sentiment d'infériorité.

Celui-ci est éveillé et renforcé par les fautes et les conflits déterminés par le trouble encéphalitique primaire ; la perte de la « maîtrise de soi » ; les échecs, la mésestime et aussi les sanctions qui s'ensuivent. Il est intense au contraire dans la mesure où la conscience morale éprouve humiliation.

C'est ce que l'éclosion, puis la dissolution d'un syndrome de perversions instinctives chez un jeune sujet parallèlement à l'apparition, puis à la disparition sous l'influence de l'atropine, des troubles bradyphréniques, nous a permis d'observer d'une façon quasi-expérimentale.

B... Ferdinand est un Breton âgé de 32 ans. Il est bien connu dans les milieux asilaires. Il a fait l'objet de plusieurs présentations dont l'intérêt était la coexistence d'une rigidité parkinsonienne très marquée et d'assez remarquables talents de prestidigitateur.

Fils d'un tailleur de pierre de Morlaix et d'une surveillante d'une manufacture de tabac, il est venu très jeune, comme tant de Bretons, apprendre et chercher un métier à Paris. Sa première enfance ne semble avoir donné lieu à aucune remarque particulière. Il a obtenu son certificat d'études à 11 ans. Il n'a qu'une sœur plus âgée à laquelle il a toujours gardé une tendresse nostalgique.

Apprenti-mécanicien, il a manifesté assez tôt certaines difficultés de caractère, particulièrement un esprit frondeur et insubordonné. Il a gardé de sa vie parisienne un ton gouailleux habituel.

En 1919, il est atteint d'encéphalite. Après une période de 8 jours de léthargie continue avec fièvre élevée et quelques semaines d'hospitalisation, il demeure très asthénique et en quelques mois s'installe un syndrome parkinsonien fruste. Il aurait été traité à cette époque à la clinique du Professeur Claude.

Ses défauts de caractère s'aggravent assez vite. Cependant, il est incorporé et peut accomplir son service militaire sans autres incidents que des punitions répétées, mais bénignes.

Libéré, il entreprend le singulier métier de « représentant en photographie ». On connaît le procédé qui consiste à se présenter à domicile pour proposer un agrandissement gratuit d'une photographie. Celle-ci et l'agrandissement ne sont rendus que contre l'achat d'un cadre « artistique » d'un prix audacieux.

B... pratique ce petit commerce pendant 6 ans. Pendant toute cette période, son parkinsonisme s'accroît et il présente encore par instant une somnolence invincible.

En 1930 apparaît un état dépressif du type habituellement observé chez les encéphalitiques. En juillet, il fait une tentative assez insincère, publique, de suicide. Il feint de se jeter sous un taxi. Un témoin le conduit dans une pharmacie où il parle de sa maladie et exprime à nouveau l'intention « d'en finir ». Cela lui vaut d'être conduit à l'Infirmierie spéciale. Il est interné le 17 juillet avec le certificat suivant du Dr Heuyer : « Encéphalite épidémique. Syndrome parkinsonien incomplet. Dépression psychique. Tristesse. Découragement. Idées de suicide. Arrêté alors qu'il cherchait à se jeter sous une auto. Voulait se donner la mort au cimetière Montparnasse. Encéphalite avec diplopie en 1919. Reprise de la somnolence par intervalles. Actuellement, faciès figé. Tremblement digital, palpébral et lingual. Hypertonie (roue dentée) sans perte de l'automatisme de la marche. Très grande vivacité des réflexes tendineux. »

Il est transféré d'abord à Villejuif, et enfin, le 25 juillet 1930, à La Charité-sur-Loire.

Au tableau neurologique, un peu accentué, mais dans l'ensemble inchangé, sont rapidement venus se joindre des troubles graves de la conduite et du caractère. Ceux-ci, avec les particularités qu'ils empruntent constamment à leur origine encéphalitique, sont trop connus pour que nous les décrivions à nouveau en détail : taquineries, réclamations, chapardages, menaces de suicide ou d'évasion, simulations diverses, querelles et batailles incessantes, incidents multiples sont relevés au rapport de chaque jour depuis plusieurs années. Nous en marquerons mieux l'intensité en indiquant que, quelques mois après son arrivée à l'Asile et jusqu'à l'été 1934, ce malade, entièrement lucide, a été maintenu constamment alité au quartier d'observation, le plus souvent vêtu d'une camisole de force, attachée ou non.

Son attitude était ouvertement et unanimement hostile, une irritabilité constante l'amenait instantanément aux coups et aux batailles les plus téméraires. Sa faiblesse physique lui accordait rarement l'avantage. Ni la malignité, ni la cruauté, ni le cynisme ne lui faisaient défaut.

Il était tout à fait impossible d'entrer en contact affectif avec lui, d'acquiescer sur lui la moindre autorité morale. Malgré notre communauté d'origine bretonne, qui est habituellement un lien singulièrement fort, nos efforts personnels furent absolument vains. Il nous frappa violemment un jour à la visite.

En février 1934, il fut mis au traitement par l'atropine à hautes doses. L'action sur le syndrome moteur fut nette et rapide. Cependant, B... demeure un parkinsonien. Il tolère bien l'atropine (jusqu'à LXXX gouttes de la solution à un pour cent), de petits troubles de l'accommodation exceptés.

C'est en réalité sur le plan du comportement que des modifications remarquables, — et inattendues, — apparurent. Les conflits furent rapidement moins répétés, bien que persistants, au moins avec certains infirmiers ou certains malades particulièrement détestés. Deux mois après le début du traitement, il devenait possible d'obtenir de lui, en échange de petits avantages ou de certaines libertés, des promesses et des services. Il convint certain jour de ses torts et nous manifesta bientôt un assez vif attachement. Les rechutes furent sans doute fréquentes et se produisent encore aujourd'hui, mais le malade les déplore et à tout le moins n'en tire plus fierté. Il paraît s'efforcer sincèrement d'en éviter le retour. Il est maintenant le « coursier » du service, jouit d'une assez grande liberté. Il se montre le plus prévenant des malades, avec une nuance d'obséquiosité et d'effronterie mêlées, mais aussi une sympathie évidente. Le plus étonnant de cette histoire édifiante est le changement survenu dans les dispositions affectives de B... Il cherche sans cesse à nous entretenir de son passé breton, se montre sensible à un blâme, porte aide aux malades et aux infirmiers, participe aux soins, voire au maintien de la discipline. Nul doute que s'il était à notre disposition une « œuvre » à laquelle nous puissions l'incorporer et offrant à son zèle l'occasion de se satisfaire, nous n'assistions, au moins passagèrement, à une véritable et sincère conversion morale.

N'était la difficulté de trouver des conditions de vie convenables à un sujet encore instable et usant de doses aussi élevées d'atropine, nous n'hésiterions pas à le faire sortir.

Il serait absolument erroné de voir dans cette évolution, d'ailleurs tardive, une action personnelle quelconque. C'est sous l'influence de l'atropine que les réactions, puis l'adaptation au milieu, et enfin l'attitude affective de B..., se sont transformées. L'ordre de succession de ces étapes de son comportement a été réellement observé. Nous pensons que c'est le trouble primaire des réactions qui a été modifié, toutes choses demeurant sensiblement égales par ailleurs. L'absolue impossibilité de dominer les plus fugaces de ses impulsions et de ses désirs, chez lui si remarquable, s'est atténuée parallèlement à l'amendement des troubles de l'activité volontaire bradyphréniques.

Il nous a, au reste, souvent exprimé, — ainsi que tous les encéphalitiques et bien des délinquants, — le caractère immaîtrisable de ses réactions : « Lorsque je cherche querelle à quelqu'un, je me rends bien compte que je vais attraper des horions, mais c'est plus fort que moi », « par instants, ça m'échappe ».

Nous pensons qu'il n'est pas erroné de prendre de pareilles déclarations à la lettre.

On observait d'ailleurs chez lui un phénomène très curieux, parent de l'écholalie. Il consistait en une sorte d'approbativité instantanée, préalable à toute réflexion, et bientôt contredite. Il n'était pas impossible de l'amener, en usant de cette suggestibilité réflexe particulière, à esquisser des acquiescements ou à ébaucher automatiquement l'exécution d'ordres les plus contraires à ses intentions. Cette façon d'en user envers lui provoquait d'ailleurs au plus haut point son irritation.

Il est aisé de se représenter les ravages affectifs que peut entraîner, chez un individu jeune, le retour incessant des mêmes rixes, des mêmes rebellions, et des mêmes avatars. Les sentiments d'aversion et de mésestime qu'éveillent ces réactions chez l'entourage se joignent à la conscience de la perte de toute emprise sur soi, à l'humiliation des échecs, pour entraîner une atteinte profonde et intolérable du sentiment de soi. Le sujet est alors amené à une véritable inversion des valeurs morales et affectives jusqu'alors acceptées, qui est à la fois un mécanisme de compensation affective et une rationalisation *à posteriori* de conduites en fait très peu délibérées. Cette négation systématique et agressive emprunte le visage du cynisme.

L'exaspération des conflits dans la vie monotone d'un quartier d'asile, les représailles, un certain « énervement » intime, à la fois irrité et inquiet, la psychologie du pire rendent compte de la malignité et des actes positivement pervers. B... nous dit aujourd'hui dans ce sens : « Je me sens moins porté à chercher noise à tout le monde. »

Ainsi, la totalité d'un comportement pervers se laisse interpréter à la fois comme une conséquence directe de l'altération primaire de la maîtrise de soi et comme une réaction secondaire de la personnalité pour faire face à la dépréciation du sentiment de soi qui résulte des fautes, des échecs, et des conflits.

S'il est une situation vitale, c'est bien celle de sujets, d'ailleurs généralement incarcérés ou internés, privés du secours déjà précaire du sang-froid et de la réflexion, ou même de la simple représentation des conséquences, et qui se trouvent entraînés, par les moindres de leurs appétits ou de leurs velléités affectives, à des actes quasi-involontaires et réellement contraires à leurs sentiments coutumiers.

A la faveur du retour d'un certain pouvoir de contrôle de l'activité volontaire, il a pu s'établir une trêve dans les conflits, et, selon une pente naturelle, des rapports de bon voisinage. Des sentiments affectifs et moraux, qui semblaient anéantis, aidés de quelque sympathie et d'une confiance qui ne s'est pas avérée téméraire, ont pu se manifester et témoigner dans un sens favorable de l'ardeur jadis investie dans une rigide opposition.

Ainsi donc, les observations faites sur les encéphalitiques et notamment chez M. B... nous ont montré que les altérations du caractère qu'ils présentent, sont en rapport avec un trouble parti-

culier de l'activité volontaire qui laisse prévaloir les réactions automatiques et les réponses réflexes aux pulsions affectives. Secondairement, par un de ces mécanismes de compensation aux situations infériorisantes dont on ne saurait trop reconnaître le rôle en psychologie générale, apparaissent des conduites en tous points analogues à celles qui caractérisent les « pervers instinctifs ». Lorsque le trouble primaire s'atténue, les superstructures psycho-affectives secondaires se désagrègent, permettant le retour des dispositions antérieures morales et surtout affectives.

Ces faits acquièrent une importance toute particulière pour l'étude de la formation de la personnalité morale chez l'enfant, de ses déviations et de ses échecs. Nous nous proposons d'en indiquer certains aspects à l'occasion du prochain Congrès des Médecins aliénistes, la question de la délinquance infantile étant l'objet d'un des rapports.

C'est par rapport à cette étude que nous voudrions maintenant situer sommairement notre observation. Nous demandons qu'on veuille bien excuser l'allure dogmatique d'un exposé nécessairement schématique.

L'enfance au cours de laquelle s'établit normalement l'habitude de la prévalence de certaines conduites ainsi que l'ensemble des jugements et des sentiments moraux est d'une observation à la fois féconde et difficile. Impropre à l'analyse, fermé à ses rivaux et à ses maîtres adultes, indifférencié au point de vue moral, obscur affectivement, l'enfant se voit généralement appliquer des jugements établis pour des adultes, par des adultes. « Le psychologue qui entreprend d'en connaître la genèse se défend mal contre la tentation de se donner comme déjà réalisé, aux échelons inférieurs, ce qu'il est parti pour expliquer, mais dont il se représente difficilement la non existence. » (1). Or, précisément, les conduites des jeunes « pervers », observées d'une manière objective, ne nous paraissent en rien le rudiment ou l'ébauche de ce qui sera, plus tard, l'incorrigibilité, l'amoralité et l'inaffectivité des grands délinquants récidivistes. Ce que l'on constate chez eux, c'est précisément, à côté de traits de caractère différenciés, l'existence de certains comportements d'ensemble anormaux qu'il faut bien considérer, parce qu'ils se présentent ainsi, et uniquement, comme étant, avant tout, des dispositions psycho-motrices particulières. Élémentaires, fondamentalement irréductibles à une motivation exclusivement affective, elles sont, le plus souvent, désignées par un seul mot,

(1) D<sup>r</sup> H. WALLON. — *Les origines du caractère chez l'enfant*, p. 180.



groupant légitimement l'ensemble de leurs composantes intellectuelles, motrices et affectives, qui ne se laissent appréhender que dans leur totalité : instabilité, émotivité, impulsivité, asthénie, etc... C'est parmi ces modes fonctionnels pathologiques, globaux et élémentaires, que se situent certaines réactions primitives de désobéissance de l'enfant aux contraintes éducatives.

L'un des mieux individualisés est cette modalité réactionnelle particulière que nous avons décrite chez les encéphalitiques. Elle se retrouve sous des formes très voisines chez certains enfants anormaux. Elle peut coexister avec les grandes dispositions indiquées plus haut ou en dépendre, ainsi qu'avec certains types de complexion psycho-motrice : débilité motrice, insuffisance frontale de Gourévitch, insuffisance cérébelleuse de Wallon, et, d'une façon générale, l'ensemble des troubles des grandes fonctions nerveuses dont cet auteur a montré, par ailleurs, le rôle dans la formation du caractère. Des états organiques passagers ou durables, certains états affectifs peuvent la faire apparaître ou la renforcer.

Elle est, chez certains enfants, un élément précoce et permanent qui provoque les premières infractions aux disciplines éducatives, facilite et réitère les récidives. C'est son existence qui rend compte du caractère inéluctable, ininfluçable, des réactions des jeunes pervers, par exemple, et donne à l'observateur l'illusion d'une détermination constitutionnelle de l'ensemble de leurs traits de caractère.

Sans doute, l'aptitude à la domination des pulsions instinctives n'est-elle qu'un des éléments génétiques de la personnalité morale. Il est voisin de cette « faculté personnelle d'extériorisation » dont Klages (1) fait une « résistance organique » à l'extériorisation, résultat d'une contrainte « millénaire ». Mais, si l'on réfléchit un instant au fait qu'en général les mobiles personnels nous ordonnent d'agir, tandis que les mobiles moraux sont des défenses (Klages les nomme des « mobiles inhibiteurs »), on se représente aisément les perturbations que son défaut ou son insuffisance peuvent entraîner.

L'éducation est d'ailleurs, avant tout, l'ensemble des procédés destinés à renforcer les facteurs inhibiteurs dont l'insuffisance, par rapport aux mobiles personnels et aux actions impulsives, est, en quelque sorte, physiologique dans l'enfance. On sait assez que certaines écoles pédagogiques mettent, au premier plan de leurs objectifs, la culture de la « maîtrise de soi », celle-ci arrivant à être considérée comme une fin en soi.

(1) KLAGES. — *Les principes de la caractérologie.*

Le trouble primaire des réactions intervient d'une façon en quelque sorte extérieure, mais profonde, pour entraver le développement des sentiments moraux, quels que soient, par ailleurs, les lois et les facteurs de ce développement.

Il n'est, à chaque instant, qu'un des facteurs d'une combinaison toujours originale où interviennent tous les autres éléments constitutifs de la personnalité, les conditions extérieures, les circonstances momentanées. Il y intervient à la manière d'une constante. Il constitue une sorte d'*indice réactionnel* de l'individu dont les correspondances biologiques sont étroites.

Lorsqu'il entraîne des désobéissances aux contraintes morales — qu'elles soient intérieures ou extérieures — aux règles collectives, aux disciplines sociales, l'infériorisation et les conflits qui en résultent, leur retentissement intense et prolongé sur la personnalité en plein développement, les mécanismes psycho-affectifs de défense et de compensation qu'ils suscitent, peuvent réaliser les troubles graves du caractère du type des « perversions instinctives ».

C'est là un facteur génétique de ce syndrome et de ses formes dégradées, d'un intérêt éminent pour qui ne peut se résoudre à admettre que le caractère d'un enfant, puis d'un adulte, soit un tout préformé par son hérédité ou ses toutes premières situations affectives et évoluant ainsi selon le développement fatal et les lois d'un strict déterminisme interne.

M. D'HEUCQUEVILLE. — L'auteur pense-t-il que l'atropine agisse sur la sphère psycho-motrice directement, ou sur l'état vagotonique, ou en modifiant la tonalité affectivo-cinesthésique comme nous le pensons, M. Laignel-Lavastine et moi ?

M. LÔO. — Les auteurs bordelais ont insisté sur la bradypsychie ; Mlle Lassale a constaté un ralentissement dans l'association des idées chez les encéphalitiques. Ne peut-on pas penser que ce rythme trop lent provoque, trop tard, l'apparition des représentations inhibitrices ? Alors, il n'y aurait pas prépondérance d'un élément, mais son exclusion. Et il n'y aurait pas lieu de superposer la psychologie de l'encéphalitique à celle de l'enfant.

M. BRISSOT. — Je ne crois pas qu'on puisse nier que la perversité infantine est souvent primitive à tout autre trouble mental. J'ai un enfant dont le niveau mental est suffisant, qui réussit très bien dans ses classes et qui, cependant, est, et a été toujours méchant, cherchant à empoisonner ses parents accueillant avec

indifférence toutes les amabilités qu'on peut avoir envers lui. Et nombreux sont ceux qui lui ressemblent.

M. LAGACHE. — L'opposition d'origines constitutionnelle et réactionnelle pour la perversion est légitime. Mais il ne paraît pas démontré qu'elle soit toujours réactionnelle chez l'enfant. L'insuffisance du freinage de l'impulsion me paraît une explication peu satisfaisante, car tous les enfants n'ont pas d'impulsions perverses. Je rappelle les travaux de Wallon sur les rapports qui existent entre l'hypertonie et le spasme d'une part, et la perversité infantine d'autre part. Le type extrapyramidal de son enfant pervers fournit une explication plus satisfaisante.

M. SIMON. — Je crois que l'atropine agit, en effet, sur la psycho-motricité ainsi que le dit l'auteur. Mais je crois essentiellement différentes la perversion de l'encéphalitique et la perversion du pervers constitutionnel. Une preuve grossière de cette différence nous est donnée par les réactions des sujets. Il est des encéphalitiques qu'on doit camisolier pendant des mois, nous dit l'auteur, il n'est pas de pervers qui nécessitent une telle coercition.

M. LE GUILLANT. — Lenteur d'association des idées et insuffisance de freinage sont deux phénomènes voisins. Les études de Wallon sont très intéressantes. Je reviendrai sur tout cela au Congrès de Bruxelles. Je veux simplement souligner ce fait, c'est que le mécanisme de la compensation peut déterminer, chez un enfant qui se sent en infériorité dans les conflits de la vie, une conduite perverse, un cynisme réactionnel qui n'a pas pour fondement une perversion constitutionnelle. Et il y a une analogie d'attitude entre cet enfant et l'encéphalitique pervers.

La séance est levée à 18 heures 45.

*Les Secrétaires des séances :*

P. COURBON et P. ABÉLY.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

Séance du 10 Janvier 1935

---

Présidence : M. BARBÉ, président

---

### Maladie de Friedreich à forme abortive, par MM. J. LHERMITTE et J. DE MASSARY.

Dans ce cas, qui fut suivi pendant onze ans, la maladie se stabilisa dès la prime enfance et les seuls symptômes consistaient en un double pied-bot, avec signe de l'orteil bilatéral, de légers troubles de la sensibilité, enfin une amyotrophie discrète des mollets.

L'étude histologique révéla l'existence de lésions spinales caractéristiques de la maladie de Friedreich : dégénération des faisceaux cérébello-spinaux, des faisceaux pyramidaux directs et croisés, des cordons postérieurs.

Les cas de ce genre sont très instructifs en ce qu'ils montrent que les lésions de l'hérédodégénération spino-cérébelleuse, même très étendues, peuvent ne se traduire pendant la vie que par des manifestations très réduites, ce qui justifie le terme de forme abortive de la maladie de Friedreich.

*Discussion.* — M. ANDRÉ-THOMAS pense que ce cas ne rentre pas strictement dans le cadre de la maladie de Friedreich au point de vue clinique. Le point de vue anatomique, pour important qu'il soit, ne peut ici trancher le débat. Pour conclure, l'orateur pense que le cas présenté doit être versé dans un cadre voisin de la maladie de Friedreich.

M. BAUDOUIN est du même avis, il ne faut pas élargir démesurément le cadre de la maladie de Friedreich.

M. LHERMITTE rappelle les signes atypiques qu'il est fréquent de ren-

contrer dans la maladie de Friedreich, sur lesquels a tant insisté Mollaret ; ce cas, cliniquement, appartient aux formes frustes ou abortives ; du point de vue anatomique, les lésions sont typiques et doivent clore le débat.

**Névrite ascendante avec lésion médullaire et névrome radiculaire consécutif, par MM. J. LHERMITTE, Gabrielle LÉVY et J.-O. TRELLES.**

Dans un cas de névrite ascendante consécutive à un traumatisme de la main datant de 32 ans, les auteurs ont observé, non seulement la dégénération des nerfs radial et cubital, mais encore l'atteinte de l'hémimoelle correspondante. La substance grise se présente très atrophique et dépourvue de cellules radiculaires, surtout les 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> segments, la dégénération radiculaire du cordon postérieur est évidente ; de plus, sur la 8<sup>e</sup> racine antérieure, apparaît un névrome aux fibres tourbillonnantes et myéliniques.

De ce fait, il ressort que, contrairement à l'opposition qui a été faite à la thèse de la névrite ascendante, celle-ci existe réellement, que le processus qui la conditionne peut déborder la cellule d'origine des fibres et déterminer une dégénération du cordon postérieur et des cellules radiculaires. La production du névrome est d'interprétation plus difficile, les auteurs pensent que l'excitation longtemps prolongée des racines antérieures en a été l'origine.

*Discussion.* — M. ANDRÉ-THOMAS pense que dans les cas de névrite ascendante, les lésions des *vasa vasorum* jouent un rôle important. Quant au névrome, on peut penser qu'il s'agit d'une réaction de la lésion du nerf radiculaire.

**Sclérose en plaques et rhumatismes, par M. COSSA.**

Observation d'une malade chez qui évoluèrent à trois reprises, et simultanément, un syndrome de sclérose multiloculaire et un syndrome rhumatismal, l'un et l'autre ayant simultanément régressé avec la thérapeutique salicylée. Possibilité d'une origine infectieuse commune aux deux syndromes.

**Douleurs alternes d'origine protubérantielle, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et HORNET.**

A propos d'un cas d'hémi-anesthésie douloureuse consécutive à une tumeur bulbo-protubérantielle (plus bulbaire que protubérantielle), ces auteurs envisagent le mécanisme étiopathogénique des douleurs d'origine centrale.

Pour eux, ces douleurs sont dues à l'atteinte du sympathique et non pas comme il est classique de l'admettre à la lésion du faisceau spino-thalamique.

*Discussion.* — MM. LHERMITTE et Clovis VINCENT insistent sur la rareté des syndromes douloureux au cours des lésions protubérantielles qui contrastent avec leur fréquence au cours des lésions latéro-bulbaires et thalamiques.

M. ANDRÉ-THOMAS s'élève avec vigueur contre l'usage immodéré que l'on fait du mot « sympathique ». Il pense que la terminologie sémiologique doit toujours s'appuyer sur des notions anatomiques et physiologiques éprouvées. Semer la confusion dans les termes revient à obscurcir encore le problème.

**Rétraction spasmodique des paupières supérieures, par M. HARTMANN.**

M. Hartmann rapporte deux cas typiques, à propos desquels il fixe quelques caractères sémiologiques. Il pense que dans ces cas le rôle du système végétatif est primordial et qu'il s'agit d'un réflexe trigémino-sympathique.

**Epilepsie d'apparence banale opérée et guérie,  
par MM. BARRE et Clovis VINCENT.**

A propos d'un cas démonstratif, MM. Barré et Clovis Vincent insistent sur l'intérêt qu'il y a à examiner d'une façon approfondie les cas d'épilepsie en apparence les plus banaux et de l'avantage qu'on peut tirer d'une intervention opératoire bien conduite.

**A propos d'un procès-verbal et de la communication de M. Puech  
sur l'ablation des abcès du cerveau, par M. Clovis VINCENT.**

M. Clovis Vincent apporte les pièces anatomiques des cas de M. Puech et donne des précisions techniques ; il insiste particulièrement sur le succès définitif que donne l'exérèse. Mais il s'agit d'une opération délicate et applicable seulement aux abcès bien encapsulés.

Pierre MARESCHAL.

---

**Société de Médecine légale de France**

---

*Séance du 14 Janvier 1935*

---

**Présidence : M. DERVIEUX, président**

---

**A propos de l'expertise psychiatrique, par M. DERVIEUX.**

Comme suite à la discussion de la communication de M. Toulouse sur « *L'expertise psychiatrique* », M. Dervieux rappelle que la Société de Médecine Légale a été saisie depuis longtemps déjà de la question des expertises médico-légales. Il signale les communications de Penard (7 mai 1883), de Brouardel (14 janvier 1884), de Motet (Rapport du 19 juin 1899 sur la proposition de la loi Cruppi) avec discussions et vœux émis. Avant de clore la discussion sur ce sujet, il y a lieu de faire état de ces travaux antérieurs et d'établir un rapport exclusivement objectif dans lequel le problème de l'expertise médico-légale sera exposé dans son ensemble.

La Société décide que ce rapport sera confié à MM. Leredu, Hugueney, Donnedieu de Vabres et Dervieux.

**Du droit des experts de s'entourer de tous renseignements utiles  
et de consulter un spécialiste, par M. MULLER.**

Dans cette communication sur ce sujet déjà discuté à la Société de Médecine Légale en janvier et février 1934, le Dr Muller cite le texte de l'arrêt du 30 juin 1932 de la Chambre Criminelle de la Cour de cassation dans l'affaire Gorguloff. Il en arrive à cette conclusion que l'expert semble être autorisé par ces diverses décisions de Jurisprudence à recourir, en cas de nécessité réelle, au cours de ses opérations d'expertise, à des examens complémentaires, qu'il s'agisse d'analyses biologiques, de radiographies, d'examens spéciaux oculaires, oto-rhino-laryngologiques pratiqués par des spécialistes de son choix, même n'ayant pas prêté serment et ne figurant pas sur les listes d'experts, à condition que l'expert conserve la direction des opérations à lui confiées et discute les résultats apportés par cet examen spécial, au milieu des notions qu'il a lui-même recueillies au cours de son examen et de l'étude des commémoratifs et des faits.

FRIBOURG-BLANC.

---

**Société de Médecine Mentale de Belgique**

---

*Séance du 22 décembre 1934*

---

**Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président**

---

**Aphasie progressive sans troubles mentaux importants,  
par MM. P. DIVRY et M. MOREAU.**

Présentation d'une malade de 42 ans dont l'affection a débuté il y a deux ans par des maux de tête et des troubles de la mémoire. Progressivement, l'articulation de la parole s'est entreprise, présentant d'abord le type de l'achoppement syllabique analogue à celui de la paralysie générale pour aboutir actuellement à une dysarthrie très intense. L'aggravation a été lentement progressive, sans ictus.

A part une dysphasie d'un caractère particulier, une certaine maladresse dans l'écriture avec phénomènes paragraphiques très discrets, la malade ne présente aucun signe d'aphasie sensorielle. Il n'y a pas de troubles de la dénomination des objets, pas de démence ; les processus de guosie auditive et visuelle sont intacts ; le calcul est très correct.

Les examens neurologique et sérologique ont fourni des résultats normaux.

Les troubles de la mémoire de reproduction persistent ainsi que les céphalées, qui sont principalement occipitales, et s'étendent vers le vertex. Il s'agit.

donc d'une aphasie de type anarthrique, régulièrement progressive. Les auteurs discutent la possibilité d'une atrophie corticale du type de la maladie de Pick pour expliquer ce tableau clinique.

**Les idées de grossesse chez l'homme. A propos de deux cas,**  
par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Les cas de délire de grossesse chez l'homme sont relativement rares. D'après les auteurs classiques, ces idées n'apparaissent généralement dans le sexe masculin, qu'au cours des états démentiels avancés. L'expression du délire est le plus souvent pauvre, épisodique et de courte durée.

Les auteurs présentent un malade de 73 ans, atteint de ramollissement cérébral avec démence, et syndrome aphasique à forme d'alexie sensiblement pure, qui, après avoir présenté des idées de persécution assez banales, sans aucune préoccupation d'ordre hypocondriaque, exprime depuis plusieurs mois et d'une manière absolument constante, l'idée qu'il est enceint et qu'il va accoucher. L'examen objectif ne révèle aucune épine organique capable d'expliquer le délire. L'intérêt du cas réside dans l'intensité et le caractère immuable de l'idée délirante, qui forme le centre des préoccupations du sujet, dans l'absence d'antécédents pathologiques et, en particulier, de plaintes d'ordre cénesthésique.

Le second cas concerne un homme de 44 ans qui, au cours d'une crise de mélancolie simple ayant débuté par une tentative de suicide grave, à la suite de surmenage et d'ennuis financiers, exprima pendant quelques semaines un délire de grossesse qui se transforma par la suite en idées délirantes de zoopathie interne. Avant de devenir malade, et au début de sa mélancolie, le sujet s'était plaint fréquemment de douleurs vagues dans la région sous-ombilicale, sans que les examens objectifs aient révélé une affection organique quelconque. Les facultés intellectuelles étaient conservées ; il n'existait aucun signe de démence véritable. Les renseignements concernant la psychologie antérieure du malade et sa vie sexuelle manquent. Ce cas illustre le fait déjà signalé que les idées de grossesse sont en rapport étroit avec les idées délirantes de zoopathie interne.

La superstructure affective de ces délires est souvent difficile à préciser ; il faut leur distinguer des causes organiques, cérébrales et psychologiques.

**La sympathie,** par M. Aug. LEY et Mlle M.-L. WAUTHIER.

Les auteurs attirent l'attention sur l'importance de cette manifestation affective et montrent qu'elle a préoccupé de nombreux philosophes et psychiatres, parmi lesquels ils citent notamment Ribot et P. Janet. Elle présente deux aspects, l'un égoïste consistant dans l'attraction plus ou moins inconsciente qui pousse les individus à se rapprocher, l'autre représenté par cette vibration affective spéciale qui se produit à l'unisson des émotions d'autrui. La sympathie fut étudiée au séminaire de psychologie de l'Université de Bruxelles, et fut traitée d'abord au point de vue de la *psychogénèse*. Un film cinématographique pris par le professeur Decroly, concernant des manifestations précoces de sympathie chez l'enfant, est projeté à cette occasion par Mme le Dr Jeanne Decroly-Jadot. Il montre le sourire de l'enfant dès trois mois, puis la tension des bras, et vers un an des manifestations nettes de sympathie et d'antipathie. Ultérieurement se constatent les caresses, les recherches de contact, le baiser. A un degré plus avancé, la sym-



pathie peut se manifester sur des animaux, des jouets, on voit ensuite survenir le don d'objets, le désir d'aider puis finalement les manifestations de sympathie active et désintéressée.

La sympathie suit l'évolution des intérêts infantiles et les auteurs cherchent à établir la corrélation de son développement avec ceux-ci, puis selon la classification de Vermeulen.

Après un exposé critique des divers procédés pour rechercher les réactions affectives, les auteurs étudient les composantes de la sympathie, d'abord égoïstes, puis examinent l'influence du facteur esthétique externe, et des facteurs psycho-moraux. Se basant sur une documentation recueillie surtout chez les enfants, ils considèrent le sentiment étudié comme un complexe important et souple dont les altérations pathologiques sont fort utiles à étudier par les psychiatres.

La sympathie apparaît comme une réaction fondamentale pour l'adaptation à la vie sociale et il y a intérêt à en faire la base de toute tentative d'éducation du « sens social » et de toute œuvre de réadaptation à la vie en société.

J. LEY.

---

## Société Belge de Neurologie

---

Séance du 22 décembre 1934

---

Présidence : M. P. MARTIN, président

---

### Gomme intracérébelleuse caséifiée à symptomatologie démentielle et tumorale, par M. A. BODART.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 29 ans, dont l'affection se manifesta uniquement par des céphalées violentes et des vertiges pendant trois ans. L'examen neurologique était entièrement négatif et le sujet présentait des réactions qui permettaient de croire à la simulation, lorsque survinrent des nausées puis des vomissements, des troubles de l'équilibre, une diminution de l'acuité auditive de l'oreille gauche et l'abolition des réflexes abdominaux à droite. La ponction lombaire montra une tension normale du liquide, mais une augmentation du taux de l'albumine et des réactions colloïdales de type spécifique. La réaction de Bordet-Wassermann d'abord négative, fut positive après réactivation. On diagnostiqua une syphilis cérébrale. Dans une seconde phase, la maladie évolua comme une paralysie générale, avec troubles mentaux graves. Enfin dans une troisième phase, on vit apparaître des signes de tumeur cérébelleuse : obnubilation

de plus en plus profonde, œdème papillaire, paralysie faciale gauche, abolition des réflexes patellaires, troubles de la déglutition, nystagmus vertical, paralysie de la VI<sup>e</sup> paire à gauche.

L'examen anatomique révéla un abcès à pus crémeux situé dans le lobe cérébelleux gauche. La lésion était entourée de tissu de granulation et sa paroi présentait plusieurs couches. Il n'existait autour du foyer aucune modification de la névroglie ni des vaisseaux. Par contre, l'infiltration, à caractère plasmocytaire, était très étendue.

L'auteur discute la nature de cette lésion et conclut qu'il s'agit d'une gomme syphilitique. Il insiste sur la difficulté du diagnostic au début, l'apparition tardive de la papille de stase et de la réaction de Bordet-Wassermann, et enfin sur la rareté de la localisation intracérébelleuse des gommes.

### **Syndrome de basophilisme pituitaire de Cushing, par M. ANDERSEN.**

Relation de l'histoire clinique et communication de documents concernant une femme de 40 ans, qui présente de l'hirsutisme, des irrégularités menstruelles, de l'hypertension, des stries de pigmentation sur l'abdomen, de l'obésité.

La malade a fait il y a un an un petit ictus avec dysarthrie et diminution des facultés intellectuelles. La radiographie du crâne montre un élargissement net de la selle turcique. Le reste du système osseux est normal. Le liquide céphalo-rachidien contient 13 éléments et une légère hyperalbuminose. Il existe de l'hypercholestérolémie et une polyurie légère. Il s'agit d'un syndrome de Cushing à l'état pur, sans ostéoporose, sans glycémie et sans hyper-thyroïdisme associés.

L'auteur rappelle les travaux récents sur le rôle respectif des adénomes basophiles de l'hypophyse et des altérations des surrénales dans la pathogénie du syndrome.

### **Un cas de nanisme avec alopécie décalvante totale, par MM. P. VAN GEUCHTEN et APPELMANS.**

Présentation d'une jeune fille de 28 ans, mesurant 1 m. 36 et pesant 36 kg., atteinte d'alopécie généralisée, d'aménorrhée, d'hypotension, d'oligurie, de surdité partielle, de trachome et de débilité mentale. Les seins sont bien développés ; il n'existe pas de goître, pas d'aspect myxoédémateux ; le métabolisme basal est de -21 0/0. Le liquide céphalo-rachidien est normal ainsi que les champs visuels. La radiographie montre quelques calcifications au niveau de la selle turcique, qui est normale. Une épreuve d'hyperglycémie a fourni des résultats normaux.

Les antécédents héréditaires sont chargés, et il est possible que la syphilis soit en cause. Les auteurs discutent la pathogénie de ce syndrome au point de vue endocrinien et émettent l'hypothèse d'un trouble prédominant sur les fonctions hypophysaire et thyroïdienne.

### **Formes très tardives de la paraplégie spasmodique familiale de Strümpell-Lorrain, par M. L. VAN BOGAERT.**

L'auteur a présenté antérieurement, avec M. Boulenger, une forme familiale de cette affection, ayant débuté vers la puberté, survenue chez deux

enfants d'un même ménage. Plus récemment, il a présenté l'observation d'un cas sporadique à début juvénile. Il leur oppose aujourd'hui une autre souche, où la maladie débute après quarante ans, et souvent même dans une période plus avancée de la vie. Dans cette famille, trois cas sont certains ; le reste de la souche n'a pas encore pu être exploré. Un des malades est présenté. Le début de la maladie peut se situer chez lui vers la cinquantaine. L'affection évolue très lentement, sous une forme pyramidale très pure (l'exaltation de la réflexivité, la présence de clonus du pied, d'un signe de Babinski bilatéral, sont les seuls signes positifs). Le même tableau se retrouve chez la sœur, mais elle présente en outre une cyphose marquée. Les membres supérieurs sont légèrement enraidis. Il n'existe pas de troubles mentaux. Cette forme très tardive et pure avait été bien soulignée dans le mémoire original de Strümpell ; elle a été quelque peu perdue de vue depuis. Son importance nosographique saute aux yeux, au moment où certains auteurs s'efforcent de mettre en doute l'autonomie de cette entité morbide.

**Six cas de tumeur médullaire, par MM. P. VAN GEUCHTEN et DE HAENE.**

Les auteurs relatent et comparent trois cas de tumeurs intramédullaires et trois cas de tumeurs extramédullaires. Dans le premier groupe, ils notent un succès opératoire et deux échecs. Ils montrent que la prévision du siège intra- ou extra-médullaire reste très difficile.

L'importance des troubles de la sensibilité est en faveur d'une localisation intra-médullaire, surtout quand il n'existe pas de douleurs en ceinture et que la paraplégie est modérée. Dans ces cas, on note aussi le plus souvent une hyperalbuminose intense du liquide céphalo-rachidien.

Un arrêt massif du lipiodol, des douleurs en ceinture vives, des troubles sensitifs modérés, une paraplégie spastique intense sont des signes qui plaident en faveur d'une localisation extra-médullaire.

Les cas relatés se répartissent comme suit : une tumeur du groupe des neurofibromatoses, un neurinome et un épéndymoblastome pour les intramédullaires ; une tumeur fibro-myxomateuse, un psammome et un méningiome pour les extra-médullaires.

J. LEY.

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### PSYCHOLOGIE

**Les sentiments d'emprise et la phase ultraparadoxale.** Lettre ouverte au Professeur Pierre Janet, par I. P. PAVLOV. (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 9-10).

Pavlov essaye d'interpréter les phénomènes d'emprise, en partant des vues de Pierre Janet. C'est la confusion des contraires dans les actions sociales doubles qui l'a intéressé et qu'il a cru pouvoir rapprocher de ce qu'il appelle la phase ultra-paradoxale. Les faits physiologiques sont les suivants : dans les états de dépression, d'inhibition interne ou d'hypnose, les excitations conditionnelles produisent toutes des effets égaux ou inversement proportionnels à la force de l'excitateur ; les agents inhibiteurs produisent un effet positif : c'est ce que Pavlov appelle la phase paradoxale et la phase ultraparadoxale. Chez les malades, la phase ultraparadoxale serait à la base de l'affaiblissement de la notion du contraire ; toutes les conditions favorables existent, les malades tombent facilement dans des états de dépression, d'inquiétude, de frayeur ; ce sont des individus faibles ; d'autre part, ils ont des désirs, des craintes renforcées et concentrées ; ces conditions suffisent pour que surgisse la représentation du contraire, pour que, voulant par exemple être des maîtres, ils se sentent esclaves. Pavlov essaye encore de rendre compte par la physiologie du cortex du négativisme et de l'ambivalence, qu'expliquerait la loi de l'induction réciproque des actions contraires.

D. LAGACHE.

**Des réflexes conditionnels : I. L'organisation des réflexes conditionnels chez l'enfant. — II. Rapport des réflexes conditionnels avec l'évolution biologique du névraxe et des endocrines.** par G. MARINESCO et A. KREINDLER. (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 9-10 et 1934 nos 3-4).

Dans deux importants articles, les auteurs envisagent le problème des réflexes conditionnels et du behaviorisme à la lumière de l'embryologie, de la morphologie et de la physiologie normale et pathologique du cerveau.

Dans une première partie ils étudient les réflexes innés et leur perfectionnement par les réflexes conditionnels. Dans la seconde partie ils tentent d'établir une corrélation entre les lois de la dynamique cérébrale dont les expériences de Pavlov ont révélé l'existence et les données morphologiques et physiologiques actuelles. Ils annoncent une troisième partie où seront étudiées la dissolution et la désintégration des réflexes conditionnels en pathologie nerveuse et mentale. Les deux articles publiés constituent une belle étude d'ensemble qui, avec une revue générale et une mise au point excellente apporte beaucoup d'observations et d'expériences originales ; le premier, consacré à la pédologie, nous a paru particulièrement bien venu.

D. L.

**De la méthode à suivre dans l'étude du rêve, par L. DUGAS.** (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 9-10).

Selon l'auteur, le rêve ne peut être étudié en lui-même, mais seulement dans ses rapports avec la certitude, la mémoire, la personnalité ; pour le définir, il est primordial et essentiel de le distinguer de la veille. On ne trouvera dans cet article que des considérations générales, d'ailleurs ouvertes aux idées nouvelles, sur la façon de poser le ou les problèmes du rêve, et non, comme le titre semblait le promettre, des indications méthodologiques et techniques.

D. L.

**Sur les sources sensorielles des visions du demi-sommeil, par T. Y. BERAVAL.** (*Journal de Psychologie*, 1933 nos 7-8).

Pour l'auteur, il y a analogie entre le schème des visions du demi-sommeil et les stimuli sensoriels, en particulier ceux qui composent le schème postural du corps. B. apporte d'intéressantes auto-observations où l'interprétation de l'image hypnagogique lui paraît trouver sa garantie dans la spontanéité même avec laquelle elle surgit et s'impose.

D. L.

**La notion de la mort dans les rêves, par Lionel LANDRY.** (*Journal de Psychologie*, 1933, numéros 5-6).

Observation de deux cas de méconnaissance de la mort dans le rêve. Essai d'interprétation, de tendance intellectualiste.

D. L.

**Surréalisme et Schizophrénie (Surrealismo e Esquizofrenia), par Gonçalves FERNANDES.** *Arquivos da Assistencia a Psicopatas*, Recife (Brésil), 15 pages, 12 fig., Juillet 1933.

« L'état de la peinture au début du xx<sup>e</sup> siècle est un état de crise, de violente inquiétude et de confusion » dit Camille Mauclair. L'auteur de la présente contribution aux rapports de l'art moderne avec la psychiatrie n'a pas de peine à démontrer le bien fondé de cette affirmation. Quelques pages de textes suffisent à commenter la reproduction de certaines œuvres récentes et de dessins conçus par des malades atteints de formes plus ou moins

profondes de schizoïdie. Les deux éléments essentiels de l'état psychopathique rejoignent les formules esthétiques invoquées. La perte de contact avec la réalité se traduit activement par l'expression d'une optique nouvelle, faite de déformation systématique, de reconstitutions géométriques. Les préoccupations obsédantes prennent un caractère macabre, se fixent en symboles sexuels, en évocations enfantines. Les œuvres analysées extériorisent parfaitement ces états d'âme. Celles des malades avérés ne diffèrent de celles de quelques artistes connus que par une technique plus rudimentaire et des difficultés d'expression qui indiquent la désagrégation envahissante ou l'intensité de l'autisme.

P. CARRETTE.

**Deux problèmes de l'art primitif**, par G. H. LUQUET. (*Journal de Psychologie*, 1933, numéros 5-6).

Le dessin figuré débute par le réalisme intellectuel, auquel se substitue graduellement le réalisme visuel. Dans la perspective de cette évolution du dessin figuré, l'auteur pose deux problèmes : 1° signification du passage du profil absolu, qui de deux paires d'organes ne rend que celle qui est au premier plan, au profil relatif, lequel en figure deux éléments, compte tenu de la perspective ; 2° dans la narration graphique, signification du passage du type successif avec répétition (un même objet est répété plusieurs fois dans un même dessin) au type successif sans répétition.

D. L.

**Adaptation et Fatigue**, par F.-C. BARTLETT. (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 7-8).

L'auteur poursuit un double but : discuter l'acception ou les acceptions dans lesquelles les termes « adaptation et fatigue » peuvent le mieux être utilisés en psychologie ; examiner les mécanismes probablement employés dans ces processus.

En ce qui concerne l'adaptation, B. distingue :

1° *L'adaptation décrémente*lle : un stimulus constant a une efficacité qui va en diminuant pendant toute sa durée, si lui-même et les réactions qu'il produit sont dissociés de l'ensemble.

2° *L'adaptation récupératrice* dont la seule application claire est l'adaptation à l'obscurité, c'est-à-dire la récupération des bâtonnets dans l'obscurité.

3° *L'adaptation persistante*, liaison d'un stimulus donné ou d'une série donnée de réponses avec d'autres qui sont traités comme appartenant à la même série.

4° *L'acclimatement*, réorganisation des stimuli nécessaire pour qu'une stimulation persistante inaccoutumée permette l'exécution normale du travail en cours.

En ce qui concerne la fatigue, B. conclut : « la fatigue est une diminution de l'activité, soit dans sa quantité, soit dans sa qualité, soit dans les deux ; c'est la conséquence de l'excitation simultanée ou successive (chevauchante) de systèmes de réponses entrant en conflit dans l'organisme vivant ».

On trouvera encore une utile discussion sur le sens du terme inhibition,

qui a été indûment étendu. B. propose de le réserver à son sens le plus étroit (un groupe de muscles étant excité, un autre groupe de muscles est simultanément rendu inaccessible à toute excitation) et de parler à propos des autres cas de « rivalité » ou de « compétition » entre groupes de stimuli ou de réponses motrices. Distinction judicieuse : tout effet négatif n'étant certes pas une inhibition, il y a au minimum lieu de distinguer une authentique inhibition — mécanisme d'une pseudo-inhibition qui n'est que résultante ou symptôme.

D. L.

**Toucher et douleur. I. Les théories. — II. Toucher et douleurs cutanées. — III. Toucher et douleur viscérale, par Maurice PRADINES. (*Journal de Psychologie*, 1933, numéros 5-6 et 7-8).**

Cette étude est la suite d'une précédente, consacrée à la fonction biologique du toucher (*Journal de Psychologie*, 1931, nos 7-8 ; cf. *Annales Médico-Psychologiques*, 1932, T. 1, p. 522), l'auteur s'interroge sur la nature et le sens de la douleur et ses rapports avec le toucher. Éliminant la théorie qui fait de la douleur la forme intensive de la sensation tactile (Goldsheider) et celle qui oppose douleur et pression comme deux formes hétérogènes de sensations (Frey), Pradines défend ce qu'il appelle le point de vue de la filiation réciproque : la douleur aurait été « le choc en retour inévitable de l'affinement indolore poursuivi et réalisé dans la constitution de la sensation », ce qui veut dire que la vie n'a pas voulu la douleur elle-même mais l'a rencontrée sans la chercher ; le progrès de conscience en quoi consiste la sensorialité enveloppe aussi le progrès de conscience « des prodromes biologiquement insignifiants de l'excitation irritante », c'est-à-dire la douleur.

Telle est la thèse essentielle soutenue dans une longue et remarquable étude, d'une documentation parfaite, fidèle, serrée de près, d'une dialectique pleine de force et de subtilité, d'une langue sobre et pleine.

D. L.

**La méthode des variations continues des stimuli dans la vie perceptive, par M. Ponzo. (*Journal de Psychologie*, 1933, numéros 5-6).**

Contrairement à la plupart des expérimentateurs qui emploient surtout la méthode des variations graduelles dans la détermination des seuils de différence, Ponzo a eu l'idée d'employer la méthode des variations continues. Des expériences variées avec beaucoup d'ingéniosité et de souplesse lui ont apporté des résultats intéressants ; elles montrent que l'appréciation des variations continues de stimulus est liée intimement et inséparablement avec « les tendances, avec le conatus, avec les modalités de réaction en général de l'individu ». On peut énoncer de la façon suivante leur résultat général : les variations continues d'un stimulus apportent des modifications dans le schème du corps et dans le schème de la situation où ils sont compris, modifications qui peuvent aller jusqu'à la désorientation dans l'espace. Par exemple la réduction progressive du volume d'un objet-stimulus provoque subjectivement par un processus d'adaptation une surprenante microchirie. Nous ne pouvons résumer la plupart des expériences dont l'intelligence, au surplus, a besoin des croquis qui les accompagnent.

D. L.

**Sensations causées par les rotations passives de tout le corps**, par B. BOURDON. (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 5-6).

Parmi les sensations diverses auxquelles peuvent donner lieu les mouvements circulaires de tout le corps, l'auteur étudie celles de mouvement ou d'immobilité. En se bornant à considérer celles de la vue et celle de mouvement subjectif par quoi l'auteur entend les sensations de mouvement qui peuvent se manifester, les yeux étant fermés ou maintenus à l'abri de toute excitation extérieure, il distingue quatre groupes de sensations provoquées par les rotations :

1° Des sensations visuelles : A. d'origine visuelle : a) les mouvements des objets immobiles entourant l'observateur, mouvements de même sens pendant toute la durée de la rotation ; b) sensations causées par le nystagmus, sensations saccadées constatées surtout lors d'arrêt brusque succédant à un mouvement uniforme.

B. D'origine non visuelle, c'est-à-dire sans mouvement d'images sur la rétine et sans mouvements des yeux ; le mouvement change de sens selon qu'il y a accélération ou ralentissement ; la sensation cesse si le mouvement devient uniforme, les sensations sont comparables à celles qu'on éprouve, les yeux fermés, en présence d'un son participant au mouvement réel.

2° Des sensations de mouvement subjectif, sans saccades, subissant elles aussi l'influence de l'accélération et des ralentissements, cessant elles aussi lorsque le mouvement est uniforme.

Les sensations de mouvement subjectif et les sensations d'origine non visuelle sont vraisemblablement sous la dépendance d'excitations des canaux semi-circulaires, dont le rôle est longuement discuté.

D. L.

**Contribution à l'étude expérimentale de la notion spatiale de la profondeur**, par G. POUILLARD. (*Journal de Psychologie*, 1933, numéros 9-10).

Cet article est beaucoup plus qu'une contribution à cette importante et traditionnelle question ; c'est un examen méthodique de ses divers aspects, à la lumière d'expériences ingénieuses dont la technique est soigneusement décrite et dont les résultats sont minutieusement discutés.

Trois parties : 1° *La perception absolue de la profondeur* : la convergence en est le seul facteur de 0 m. 2 à 2 m. 50, son influence décroît jusqu'à 20 mètres et devient nulle ou presque après 20 mètres.

2° *La perception relative de la profondeur* :

a) la perspective aérienne à laquelle son caractère global confère une apparente simplicité est d'une extrême complexité ; interviennent la grandeur des images rétinienne, la disparité binoculaire, la fusion des couleurs, la diminution de l'éclairement résultant de la transparence et faisant varier les prégnances de couleur, les reflets, les demi-teintes et les ombres portées, la connaissance des objets.

b) la perspective linéaire ou perspective d'observation, c'est-à-dire la perception des directions angulaires et des proportions joue également un rôle.

3° *La représentation visuelle de l'espace* a un caractère global ; elle comporte l'impression visuelle immédiate et nette de la profondeur que la plupart des sujets attribuent à la perspective aérienne seule.



Dans ses conclusions générales, l'auteur distingue, en ce qui concerne la perception spatiale, deux types de sujets : le *type esthétique* qui sent bien et explique difficilement et le *type géométrique* qui explique et raisonne admirablement mais sent très peu.

Suivent enfin des conclusions pédagogiques.

D. L.

**Le comportement sexuel chez les chimpanzés et les singes inférieurs considéré comme une réaction [de substitution consécutive à des troubles émotionnels, par O. L. TINKLEPAUGH. (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 9-10).**

D'autres observateurs ont noté avant l'auteur avec quelle fréquence le comportement sexuel suit chez les anthropoïdes et les singes inférieurs différentes formes du trouble émotionnel. Dans quelques cas, notamment dans ceux de la soi-disant « prostitution », on a remarqué que le comportement sexuel peut avoir lieu comme réaction à des situations non sexuelles. Pour cette étude, des groupes de 4 à 22 chimpanzés d'âges différents et 5 macaques captifs ont été observés pendant des périodes de 2 à 7 ans. Ces informations ont été complétées par des observations faites sur des animaux de mêmes espèces dans les laboratoires et les jardins zoologiques.

Voici les conclusions de l'auteur :

« 1° Un comportement sexuel suit d'ordinaire l'agitation émotionnelle « provoquée par différentes situations dans le milieu environnant, situation pas de facteurs pouvant servir directement de stimuli adéquats aux « réactions sexuelles.

« 2° A mesure que les animaux vieillissent et s'adaptent mieux à leur « milieu, les troubles émotionnels et les réactions sexuelles qui les suivent « d'ordinaire se produisent moins fréquemment dans les situations en « question.

« 3° L'examen de nombreuses situations non sexuelles et celui des états « émotionnels et des réactions non sexuelles qui en résultent montrent « que le comportement sexuel apparaît comme réaction de substitution « quand les réactions naturelles à des situations qui provoquent l'émotion « sont contrariées ou inhibées par des conditions de milieu. »

D. L.

## NEUROLOGIE

**La pathologie du torticollis spasmodique. Note sur les accidents respiratoires au cours de l'anesthésie dans l'encéphalite chronique (The Pathology of Spasmodic Torticollis with a Note on Respiratory Failure from Anesthesia in Chronic Encephalitis), par ROY, R. GRINKER et A. EARL WALKER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 78, n° 6, pp. 630-637, décembre 1933.**

Les premiers observateurs des complications de l'encéphalite épidémique se trouvaient devant un problème pathogénique difficile. L'ignorance du mode évolutif de l'infection et des éléments indispensables de son anatomie pathologique les engageait dans la voie des hypothèses les plus vraisemblables.

blement en rapport avec l'allure fonctionnelle des manifestations cliniques observées. On parla de prédispositions névropathiques, d'hystérie. Ainsi en fut-il pour les syndromes spasmodiques, parétiques, respiratoires. Or, l'encéphalite épidémique est une infection du système nerveux central dont l'activité destructrice commence à être connue. Son évolution torpide et capricieuse après la phase aiguë peut être très longue. MM. Grinier et Walker apportent des preuves nouvelles à cette conception. Dans un cas de torticolis spasmodique, la mort survient par arrêt respiratoire à la suite d'une anesthésie générale pour intervention chirurgicale. L'autopsie montre des lésions inflammatoires étendues. Dans un autre cas d'encéphalite avec troubles respiratoires, même issue fatale post-anesthésique à l'occasion de l'opération d'un goitre. Le risque n'est donc pas à négliger et doit être signalé dans tous les cas de troubles cardio-respiratoires liés aux infections du système nerveux central.

P. CARRETTE.

**L'arachnoïdite opto-chiasmatique et la XIII<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale annuelle de Paris, 30-31 mai 1933** (La arachnoiditis óptico-quiasmática y la XIII Reunión Neurológica Internacional anual, Paris, 30-31 de mayo de 1933), par Manuel BALADO. *La Semana Médica*, n° 49, pp. 1790-1794, 7 décembre 1933.

L'arachnoïdite opto-chiasmatique est une question d'une indubitable actualité. Elle a fait l'objet de trois rapports à la XIII<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale de Paris et l'article de M. Manuel Balado a surtout des intentions historiques. Il tend à fixer la question de priorité. Les rapporteurs parisiens attribuent à M. Clovis Vincent l'individualisation et le traitement du syndrome. La bibliographie de M. Balado nous apporte une évolution différente de ce point de pathologie nerveuse. En 1929, au Congrès Ophtalmologique d'Amsterdam, nous trouvons une communication de M. Gordon Holmes, précédée de peu d'un mémoire de MM. Balado et Satanowsky. Dans l'intervalle, entre 1929 et 1933, plusieurs contributions ont été fournies par M. Cushing, par MM. Heuer et Vail notamment. Ces différents auteurs signalaient l'atrophie de la papille, les rétrécissements très variables du champ visuel, la confirmation du diagnostic au moyen de la ventriculographie du 3<sup>e</sup> ventricule par l'huile iodée et le traitement par section de la veine arachnoïdienne ; toutes notions précisées à la suite de la première communication sur ce sujet de MM. Balado et Satanowsky.

P. CARRETTE.

**Myotonie atrophique avec cataracte. Observation de 3 cas** (Myotonia Atrophica with Cataract. Report of three Cases), par Leo L. MAYER et Joseph A. LUHAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 4, pp. 810-823, octobre 1933.

La myotonie atrophique est une affection à localisations électives, dont la base paraît être plutôt musculaire que nerveuse. Elle s'accompagne de cataracte. Ce dernier caractère se retrouve dans les antécédents familiaux. L'association de manifestations testiculaires, de tétanie, d'autres troubles trophiques et circulatoires glandulaires a incité à orienter les recherches étiologiques vers le système neuro-végétatif et les parathyroïdes, mais des indications concordantes comme les modifications du calcium sanguin, sont encore insuffisantes pour imposer une conclusion.

P. CARRETTE.

**La diplégie faciale cérébrale, forme corticale de la paralysie pseudobulbaire**, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *Revue Neurologique*. T. II, n° 4, pp. 441-458, octobre 1933.

Ce travail est la deuxième contribution à l'étude de la dissociation des activités volontaires et réflexe commencé par les auteurs à propos des mouvements associés des globes oculaires. Dans la paralysie pseudobulbaire corticale, les centres volontaires seuls sont détruits. Pour les mouvements associés, la suppression de la fonction exige une lésion bilatérale. On ne conçoit pas une monoplégie facio-linguo-pharyngo-masticatrice. Un ramollissement limité unilatéral sera méconnu, mais un deuxième ramollissement symétrique déterminera du même coup la diplégie. Les muscles, privés de l'influx volontaire, gardent leur activité réflexe automatique, leurs réactions électriques ; ils deviennent hypotoniques.

Alajouanine et Thurel comparent ces troubles à ceux de la diplégie faciale périphérique, limitée aux muscles de la face, supprimant toute activité, aussi bien réflexe et automatique que volontaire, aboutissant à l'atrophie et à la perte des réactions électriques. L'étude de cette intéressante question a été poursuivie par les auteurs dans un troisième mémoire, publié par la *Revue de Médecine* (mars 1933) et intitulé : « Les mictions involontaires en pathologie nerveuse et leur traitement. »

P. CARRETTE.

**La paralysie bulbaire infectieuse (maladie d'Aujeszky). Maladie d'étude et de démonstration**, par MM. P. REMLINGER et J. BAILLY. *Biologie Médicale*. T. XXIII, n° 10, pp. 453-454, décembre 1933.

La maladie d'Aujeszky, paralysie bulbaire infectieuse, est aussi appelée la pseudo-rage. Elle n'est pas transmissible à l'homme, c'est une maladie qui peut être inoculée à la plupart des animaux de laboratoire. Le lapin est le plus généralement employé. Observée en Hongrie, elle a été décrite ensuite aux Etats-Unis, en Amérique du Sud, en Hollande, et en 1932 en Saône-et-Loire. Comparée à la rage, elle a une incubation plus courte ; la salive n'est pas virulente ; elle se transmet par voie digestive, se propage par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le sang est presque toujours virulent. Le virus est extrêmement résistant à la dessiccation. Les tissus nerveux ne contiennent pas de corps de Negri. Les 2 maladies ont cependant des points communs : troubles encéphaliques et paralytiques, salivation, glycosurie ; même fatalité du pronostic ; même rareté des lésions microscopiques, même filtrabilité et même diffusibilité des deux virus.

P. CARRETTE.

**Formes cliniques des paralysies ascendantes aiguës (syndrome de Landry)**, par H. ROGER. *Gazette des Hôpitaux*, n° 84, pp. 1503-1506, 21 octobre 1933.

A côté du syndrome-type, on décrit des formes descendantes, régressives, des myélites migratrices. L'évolution de ces différentes variétés cliniques ne permet pas de les considérer comme le résultat d'une action progressive d'un virus sur les éléments nerveux. Pour M. H. Roger, il est plus vraisemblable d'admettre une propagation par voie vasculaire ou ménagée.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude des complications neuro-paralytiques post-rachianesthésiques**, par E. COHEN et M. SCHACHTER. *Le Progrès Médical*, n° 28, pp. 1270-1273, 15 juillet 1933.

La rachianesthésie est parfois la cause de troubles paralytiques qui atteignent électivement la VI<sup>e</sup> paire crânienne. On suppose que la fixation toxique se fait de préférence sur le noyau du moteur oculaire externe le plus rapproché du lumen, en saillie dans le plancher du 4<sup>e</sup> ventricule. Le moteur oculaire commun partiellement et le pathétique peuvent être touchés exceptionnellement. La prédisposition neuropathique existe certainement et l'examen du système nerveux central et végétatif de chaque malade s'impose avant la rachianesthésie.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

**Contribution à l'étude du tissu glial chez les jeunes animaux** (Contributo allo studio del tessuto gliale in giovani animali), par le Dr V. TRONCONI (de Pavie). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre et décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 587 à 596.

Cet article d'histologie du système microglie mérite spécialement d'être signalé en raison des magnifiques microphotographies qui l'illustrent (cf. à la fin du fascicule). Elles confirment l'excellence de la méthode Golgi-Cox, utilisée et préconisée par l'auteur.

Henri Ex.

**La cyto-architectonie corticale de la chauve-souris** (La cito-architettura corticale del pipistrello), par le Dr Luigi TOMASI (de Parme). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933.

Longue étude avec microphotographies, qui fait suite aux précédentes, que le même auteur a consacrées à la cyto-architectonie corticale du lapin. Il aboutit à cette conclusion qu'il n'existe pas — encore moins que chez le lapin — d'aires de projections et d'aires d'associations bien différenciées. Sans doute y a-t-il entre les diverses régions quelque diversité, mais elles sont rudimentaires comme les fonctions psycho-sensorielles auxquelles elles correspondent.

Henri Ex.

**D'une particularité de la structure cytotectionique des noyaux du striatum des oiseaux** (Su di un particolare della struttura citotettonica dei nuclei dello striatum degli uccelli), par le Prof. Lionello DE LISI (Cagliari). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 515 à 532.

Travail histologique avec microphotographies dans lequel l'auteur expose la particularité du striatum des oiseaux qu'il a étudié dans dix espèces et qui consiste dans la répartition en amas de nombreuses cellules, notamment dans les parties moins évoluées. Dans le striatum à grosses cellules évoluées notamment, cette particularité ne se rencontre plus. Cette disposition lui paraît liée au type neuronique des éléments. Bibliographie.

Henri Ex.

**L'organe sous-commissural du cerveau**, par Knud H. KRABBE. *La Presse Médicale*, n° 90, pp. 1750-1752, 11 novembre 1933.

Cette petite formation qui double l'épendyme à la partie antérieure de l'aqueduc de Sylvius, au-dessous de la commissure postérieure du cerveau a une disposition anatomique spéciale. Les cellules épendymaires, au corps allongé, sont munies d'un cil vibratile. Elles s'appuient sur des éléments névrogliaux et myéliniques. Elles seraient en rapport avec la fibre de Reissner, atrophiée chez l'homme, représentant l'ensemble des prolongements dont les cellules ont été entraînées pendant la vie embryonnaire jusqu'au ventricule terminal. L'organe sous-commissural, par ses flagella, jouerait, au niveau de l'aqueduc de Sylvius, un rôle actif dans la circulation du liquide céphalo-rachidien.

P. CARRETTE.

**Recherches expérimentales sur les voies d'association du thalamus et de l'aire rétrospéniale**, notamment sur les faisceaux thalamo-corticaux (*Experimentelle Untersuchung über die Faserverbindung zwischen dem Thalamus und der Area retrosplenialis, insbesondere über die thalamo-kortikalen Fasern*), par M. TAKEUTI (Okayama). *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, Tome I, cahier I, décembre 1933, p. 100 à 110.

Travail très clair et magnifiquement illustré de schémas et de photographies, où l'auteur expose avec précision des expériences pratiquées sur le lapin dont il a lésé les portions thalamo-cortico-rétrospéniales.

La difficulté d'interprétation de ses résultats vient du fait qu'ils sont exposés selon la carte architectonique de Rose. Les faisceaux provenant des noyaux antérieurs de la couche optique se rendraient dans l'aire rétrospéniale granulaire proprement dite. Les faisceaux issus des noyaux latéraux s'épuiseraient dans l'écorce du présubiculum. Dans la 2<sup>e</sup> partie, ce sont les résultats obtenus, non plus par la méthode de Marchi, mais par celle de Nissl que l'auteur expose. Les tissus de l'aire rétrospéniale et de l'aire présubiculaire révèlent le sens thalamofuge et corticopathe de ces voies.

Henri Ey.

**Relations anatomiques et fonctionnelles du Noyau Dorsal [Colonne de Clarke] et du Faisceau Dorsal spino-cérébelleux [de Flechsig]** (*Anatomic and Functional Relationships of the Nucleus Dorsalis [Clarke's Column] and of the Dorsal Spinocerebellar Tract [Flechsig's]*), par Isadore J. PASS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 5, pp. 1025-1045, novembre 1933.

Les notions classiques au sujet de la constitution de la colonne de Clarke et de ses relations avec le faisceau de Flechsig sont reprises, complétées et vérifiées expérimentalement. Le noyau de Monakow joue, dans la région cervicale et dorsale supérieure, un rôle analogue à celui qui est dévolu à la colonne de Clarke pour la partie inférieure de la moelle. Les essais de dégénérescence chez le chat montrent le défaut de participation du faisceau ventral spinocérébelleux de Gowers et au contraire la continuité fonctionnelle avec le faisceau dorsal de Flechsig, surtout du côté opposé.

P. CARRETTE.

**Le mythe du faisceau d'association occipito-frontal** (The Myth of the Occipito-frontal Association Tract), par Joshua ROSETT. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 6, pp. 1248-1258, décembre 1933.

Si les auteurs sont généralement d'accord pour admettre l'existence d'un long faisceau d'association cérébral occipito-frontal, la discussion commence quand il s'agit d'en fixer la constitution. Dans les zones antérieures, des radiations frontales viendraient de la tête du noyau caudé et du corps calleux. La région médiane serait formée par un faisceau sous-calleux. Enfin, du noyau caudé également, du tapetum, des fibres contribueraient à la constitution de la portion occipitale. Or, pour M. J. Rosett, s'il n'est pas niable que de nombreux tractus concourent, par le moyen des voies courtes et des relais, à la formation d'un système d'association occipito-frontal, le long faisceau antéro-postérieur n'existe pas. Les fibres frontales vont au thalamus comme les occipitales. D'autres constituent des voies descendantes ou ascendantes du tronc cérébral et des fibres composantes, du soi-disant faisceau seraient des éléments d'association cortico-médullaires et cortico-pontiques.

P. CARRETTE.

**A propos de la localisation striée dans la chorée progressive chronique** (Concerning the Striatal Localization in Chronic Progressive Chorea), par M. NEUSTAEDTER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXVIII, n° 5, pp. 470-491, novembre 1933.

Quand on lit les observations de ces choréiques chroniques, déments artério-scléreux, atteints depuis de longues années d'affection nerveuse, on est très embarrassé pour démêler dans la multiplicité et l'intensité des lésions encéphaliques la part qui revient au syndrome choréique lui-même. L'un des trois malades de Neustaedter a passé 80 ans. Qu'il ait des altérations cellulaires du lobe frontal et du gyrus, des lésions athéromateuses du thalamus, du noyau rouge, des olives, du noyau caudé et du putamen, cela n'a rien d'étonnant. L'auteur cite l'opinion des neurologues ayant publié des observations sur l'anatomie de la chorée et il conclut que, si le néostriatum est toujours altéré, il ne s'agit pas d'une lésion spécifique, mais que ce sont les troubles des relations normales du néostriatum avec les ganglions de la base et le cervelet qui paraissent produire le syndrome choréiforme.

P. CARRETTE.

**Paralysie agitante primaire. Atrophie primitive du système efférent strio-pallidal** (Primary Paralysis Agitans. Primary Atrophy of Efferent Striatal and Pallidal Systems). par J. Ramsay HUNT. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 6, pp. 1332-1349, décembre 1933.

La paralysie agitante n'est pas une maladie. M. Ramsay Hunt lui reconnaît une individualité anatomique précise ; c'est un des syndromes correspondant aux lésions systématiques du corps strié, causes d'états pathologiques divers : atrophie primitive, dégénérescence sénile, réaction inflammatoire, sclérose vasculaire, néoplasie. Les formes atrophiques sont habituelles dans le jeune âge ; elles frappent les cellules d'emblée. Dans la séni-

lité, elles sont consécutives à des troubles circulatoires. Schématiquement, l'auteur adopte la classification suivante : 1. l'atteinte des petites cellules et la dégénérescence secondaire des fibres efférentes du système strié se traduit par le syndrome choréique ; 2. l'atteinte des grandes cellules fournit le syndrome de la paralysie agitante, avec tremblement quand le système strié est touché, avec rigidité quand c'est le système pallidal.

P. CARRETTE.

**L'oblitération complète de l'artère sylvienne**, par P. LECÈNE et J. LHERMITTE.  
*La Presse Médicale*. N° du Quarantenaire 92, pp. 1862-1863, 18 novembre 1933.

Lhermitte publie aujourd'hui les illustrations d'un cas d'oblitération sylvienne observé avec Lecène en 1920. Cette observation est particulièrement démonstrative. Elle prouve que, chez un sujet sain, l'abondance du réseau anastomotique pie-mérien permet rapidement le rétablissement de la circulation compromise en surface, tandis que les lésions des noyaux gris centraux sont définitives et progressives parce que les artères lenticulaires et lenticulo-optiques sont terminales.

P. CARRETTE.

**Mégalencéphalie avec glioblastomatosse diffuse du tronc cérébral et du cervelet** (Megalencephaly with Diffuse Glioblastomatosis of the Brain Stem and the Cerebellum), par Arthur WEIL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 4, pp. 795-809, octobre 1933.

L'hypertrophie gliomateuse du tronc cérébral, du bulbe, du cervelet, se développe chez un enfant de 7 ans, normal jusqu'à 6 ans. La réaction gliale du cerveau provoque une hypertrophie généralisée. L'encéphale pèse 1.856 grammes.

P. CARRETTE.

**Sur une forme anatomo-clinique spéciale de tumeur cérébrale atteignant le genou du corps calleux et les deux lobes frontaux**, par George GUILLAIN. Conférence faite à Rio de Janeiro à la clinique du Professeur Austregesilo. *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria*. T. XVI, n° 6, pp. 1-22, novembre-décembre 1933.

On doit au professeur Guillaïn une importante mise au point de la question des tumeurs pré-frontales bilatérales. Seules, quelques observations isolées avaient été publiées précédemment. Le diagnostic n'est pas facile. Les troubles mentaux caractérisés par de l'affaiblissement intellectuel avec apathie, amnésie, confusion aboutissent rapidement à une démence profonde. L'hypertension intracrânienne est souvent peu marquée ; la stase papillaire inconstante. Le liquide céphalo-rachidien fournit deux éléments à retenir : l'hypertension et la dissociation albumino-cytologique. Les signes pyramidaux manquent.

Ces tumeurs pré-frontales sont décevantes pour le chirurgien qui se propose de les extirper. Il s'agit de spongioblastomes ou d'astrocytomes infiltrant les deux lobes et le bourrelet du corps calleux. Toute intervention, pour être utile, doit être très mutilante et, en cas de réussite, ne pourrait éviter,

dans l'avenir immédiat un profond déficit rendant le sujet impropre à toute activité psychique valable. Le seul traitement possible serait la radio ou la radiumthérapie après un diagnostic précoce, contrôlé par la ventriculographie, mais ce moyen de guérison n'est pas encore applicable dans la pratique, malgré les progrès réalisés depuis quelques années.

P. CARRETTE.

## BIOLOGIE

**Compressions expérimentales du système nerveux central** (*Compressioni sperimentali vel sistema nervoso centrale*), par le Dr Curzio UGURGIERI (Naples). *Rivista di Neurologia*, décembre 1933, p. 593 à 641.

Etude des effets provoqués sur le cerveau des lapins par des compressions légères (paraffine) ou des compressions plus importantes (laminaires). Il existe des lésions de la cellule nerveuse spécialement dans un appareil chromatique. Dans les compressions laminaires, il existe également des altérations de la vebroghe, de la microghe, des fibres nerveuses et des éléments vasculo-conjonctifs. L'auteur compare ces conditions expérimentales de compression aux divers facteurs de compression pathologique (tumeurs, hydrocéphalie, hématomes, etc.). Microphotographies.

Henri Ey.

**La catatonie expérimentale colibacillaire et les psychoses colibacillaires.** Les troubles psychomoteurs déterminés par la toxine neurotrophe colibacillaire dans la série animale et en clinique humaine, par H. BARUK. *La Presse Médicale*, n° 82, pp. 1588-1589, 14 octobre 1933.

La toxine colibacillaire produit la catatonie, de l'agitation, de l'onirisme, une somnolence différente de la réaction à la bulbocapnine, poison tétanisant. Les phénomènes expérimentaux, cliniques et thérapeutiques, observés, sont très variables, très inconstants et cela n'a rien d'étonnant. Comme l'observe justement M. H. Baruk, s'il est aisé de doser le pouvoir d'un alcaloïde, il est beaucoup plus délicat de mesurer l'action d'une toxine microbienne extrêmement labile, agissant sur les éléments nerveux, tissus les plus fins, les plus sensibles de l'organisme.

P. CARRETTE.

**La thermométrie appliquée à la sexologie**, par René PORAK. *Le Progrès Médical*, n° 27, pp. 1229-1233, 8 juillet 1933.

La biométrie de la fonction sexuelle n'a pas été faite. Porak apporte à son étude une première contribution. Il poursuit ses recherches sur l'influence respective des modifications affectives et du coït dans la question des réactions thermiques. Pour lui, l'état psychique a une influence prépondérante sur la température de l'homme. Le rôle du coït est réel, mais moindre surtout en période asthénique. Parallèlement à l'augmentation thermique, il s'accompagne d'une courte phase de polypnée et d'un éréthisme cardiaque, au contraire très prolongé.

P. CARRETTE.



**L'éphédrine et la tolérance du glucose dans la psychose maniaque-dépressive** (La efedrina y la tolerancia para la psicosis maniaco-depresiva), par E. IRAZOQUA et N. ANCOCHEA. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 31, pp. 890-895, 5 août 1933.

La tolérance du sucre est souvent augmentée dans la psychose maniaque-dépressive. L'épreuve de l'éphédrine montre la prédominance des réactions sympathicotoniques. Les auteurs ont tenté de vérifier ces notions biologiques. Dans l'hypomanie et des psychoses mixtes, ils obtiennent une courbe du glucose normale ; par contre dans la catatonie et l'épilepsie, ils trouvent le maximum de modifications. La mélancolie leur donne des courbes moins élevées que la stupeur, mais avec des effets plus prolongés. Ils concluent à la fréquence des perturbations biologiques dans les psychoses, tout en faisant observer que l'action des substances pharmacodynamiques n'est pas assez constante et spécifique pour permettre d'orienter avec certitude ni le diagnostic, ni le pronostic.

P. CARRETTE.

**La réaction de Fahraeus dans les psychoses** (La reaccion de Fahraeus en las psicosis), par Ricardo BORDAS JANÉ. *Revista Médica de Barcelona*, T. XX, n° 115, pp. 9-38, juillet 1933.

Les recherches biologiques sur le sang fournissent peut-être la source la plus riche d'enseignements cliniques. La réaction de Fahraeus ou de sédimentation du sang citraté a été recherchée par l'auteur dans un grand nombre d'états psychopathiques. Notons la constance de l'accélération dans l'excitation, le ralentissement dans les manifestations psychasthéniques, la transparence du sérum dans certains troubles sensoriels, sa division en deux zones dans les processus syphilitiques. L'alimentation, les saisons, le climat, bien d'autres facteurs modifient les éléments sanguins. Il doit être tenu compte de ces variantes dans les essais de diagnostic et de pronostic. La thérapeutique reçoit de ces notions une impulsion nouvelle. Elles expliquent l'influence des changements extérieurs sur certaines psychoses, L'équilibre sanguin est en effet influencé par des cures hydrominérales, l'altitude. L'utilité des chocs médicamenteux, des rayons X, des traitements par les sels de divers métaux peut également trouver dans les modifications des réactions de sédimentation une explication logique.

P. CARRETTE.

**Le facteur hypoglycémique dans l'étiologie de l'épilepsie essentielle** (The Factor of Hypoglycoemia in the Ætiology of Idiopathic Epilepsy), par R. L. HAVILAND MINCHIN. *The Journal of Mental Science*, n° 327, pp. 669-676, octobre 1933.

L'épilepsie est associée à un seuil abaissé du sucre sanguin. Elle s'accompagne d'une hyperactivité des îlots de Langerhans, s'améliore par les médications hyperglycémiantes. Ses phases d'immunité post-convulsives coïncident avec une élévation du sucre dans le sang. Cette série de faits biologiques bien établis ne permet pas encore les applications pratiques correspondantes. On ne sait pas en effet à quelles perturbations physiologiques

elles répondent constamment. Les troubles neuro-végétatifs de l'épilepsie sont fréquents mais variables ; ceux du corps thyroïde, de l'hypophyse, des surrénales sont également mal définis.

P. CARRETTE.

**L'urée sanguine dans les psychoses** (*The Blood Urea in Psychotics*), par D. N. PARFITT. *The Journal of Mental Science*, T. LXXIX, n° 326, pp. 501-510, juillet 1933.

La toxémie joue un rôle important dans l'évolution défavorable des psychoses. Les preuves abondent. La confusion mentale avec néphrite et urémie comporte un pronostic sévère. Dans la paralysie générale, l'augmentation de l'urée sanguine s'observe au cours d'impaludations qui aboutissent à des complications graves. Dans maintes psychoses de taux de l'urée, transitoirement augmenté, revient à un chiffre moyen parallèlement à l'amélioration clinique.

P. CARRETTE.

**Les lipoides du plasma dans la dépression mentale** (*Plasma Lipoids in Mental Depression*), par David SLIGHT, C. N. H. LONG et Ruth W. SALTER. *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 1, pp. 141-152, juillet 1933.

L'examen bio-clinique des états dépressifs s'enrichit de faits nouveaux. Le métabolisme des graisses est modifié. A l'occasion du jeûne comme à la suite d'un repas d'épreuve riche en graisses, les lipoides du plasma sanguin et le cholestérol sont augmentés. Cette notion comporte des suggestions thérapeutiques qui demandent à être pratiquement utilisées.

P. CARRETTE.

**Le cholestérol. Ses rapports avec les troubles mentaux** (*Cholesterol : its Relation to Mental Disorder*), par A. GLEN DUNCAN. *The Journal of Mental Science*, n° 327, pp. 626-637, octobre 1933.

L'importance de la cholestérolémie préoccupe de nombreux auteurs. Ils comparent ses variations avec les autres constantes biologiques modifiées dans les états psychopathiques. Dans le présent travail, les faits suivants sont précisés : l'abaissement du cholestérol sanguin est noté dans les états fébriles, l'hyperthyroïdisme, les crises hyperémotives, son augmentation correspondant aux périodes asthéniques, aux ralentissements psychomoteurs. Les variations paraissent suivre une courbe inverse de celle du métabolisme basal. Des tentatives thérapeutiques pour élever le taux du cholestérol paraissent agir comme sédatif du système nerveux.

P. CARRETTE.

**Les modifications sérologiques dans la paralysie générale avec la pyrétothérapie** (*Las modificaciones serológicas en la parálisis general con la piroterapia*), par José SALAS et José SOLÍS. *Archivos de Neurobiología*. T. XIII, nos 4 à 6, pp. 849-870, juillet-décembre 1933.

L'action de la malaria sur les humeurs doit être jugée, non seulement par l'examen de l'albumine, des cellules, des réactions colloïdales et du Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien, mais encore par l'évalua-

tion des constantes du sérum sanguin : formule leucocytaire, globules rouges, vitesse de sédimentation. Le sens général des modifications est souvent favorable. Il faut néanmoins noter que les processus paralytique et malarique ne sauraient évoluer sans de grosses altérations de la perméabilité méningée. La destruction des spirochètes et la lutte contre le paludisme permettent une importante élaboration de toxines. Cette abondante protéolyse n'est sans doute pas étrangère à la persistance de certains syndromes hallucinatoires paranoïdes secondaires à la malariathérapie.

P. CARRETTE.

De la présence de l'amylase dans le sang et le liquide céphalo-rachidien dans la neurosyphilis (Sulla presenza dell'amilasi el sangue enel liquor ella neurolue), par le Dr Gustavo DESANA (Turin). *Rivista di Neurologia*, février 1934, p. 53 à 64.

L'auteur de ces recherches, portant sur 62 examens, en tire des conclusions négatives.

Henri Ey.

La relation albumino-cytologique dans le pronostic de la paralysie générale (examen de 100 cas) (La relación albùmino-citológica en el pronóstico de la parálisis general (del examen de 100 casos), par Antonio SICO. *Archivos uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, T. III, n° 5, pp. 629-649, novembre 1933.

L'auteur observe que l'albumine et la réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien ont une valeur très différente. Au cours des rechutes et des complications de la syphilis nerveuse, un critère est difficile à établir, mais dans la paralysie générale au début, le rapport : albumine en centigrammes, nombre de cellules, a une grosse valeur pronostique. Un taux faible d'albumine est favorable ; c'est l'inverse pour la réaction cytologique. En fixant la moyenne du rapport à 3, Sico observe que plus ce chiffre augmente, plus les chances de rémissions diminuent. En général, quand le chiffre dépassait 18, le nombre des rémissions était nul. Quand il descendait au-dessous de 3, le total des rémissions atteignait 81 %. L'auteur estime que la forte réaction cellulaire indique une prédominance de l'inflammation méningo-vasculaire et que le maintien d'un taux élevé d'albumine est plutôt en rapport avec une forme dégénérative ou scléreuse.

P. CARRETTE.

Quelle est la valeur de la lymphocytose céphalo-rachidienne ? par MM. Jacques CARLES et MASSIÈRE. *Le Progrès Médical*, n° 49, pp. 2087-2092, 6 décembre 1933.

La méningite à lymphocytes évoque malheureusement la forme la plus grave, la méningite tuberculeuse. La réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien se retrouve cependant dans de nombreux cas, secondairement à des infections variées. Il faut savoir qu'en dehors des réactions méningées à lymphocytes, d'étiologie connue, en dehors de la tuberculose, il y a des méningites à lymphocytes parfaitement curables.

P. CARRETTE.

**Le liquide céphalo-rachidien dans la schizophrénie** (El liquido cefaloraquideo en la esquizofrénia), par B. RODRÍGUEZ-ARIAS, E. IRAZOQUI et J. M. CATASÚS. *Archivos de Neurobiología*, T. XIII, n° 4, pp. 743-748, juillet-décembre 1933.

Les investigations biologiques ne sauraient être trop multipliées dans l'étude de syndromes aussi compréhensifs que ceux qu'on désigne communément sous le nom de schizophrénie. Le liquide céphalo-rachidien serait fréquemment altéré d'après les auteurs du présent mémoire. La formule la plus courante se résumerait en une augmentation de l'albumine totale sans modifications des globulines, sans lymphocytose, avec altérations correspondantes des réactions colloïdales, et d'autant plus nettes qu'il s'agit de formes anciennes évoluant vers la démence simple ou l'hébétéphrénie.

P. CARRETTE.

**A propos d'une nouvelle réaction de superposition pour l'albumine du liquide cérébro-spinal** (Sobre una nueva reacción albuminoidea de superposición en el liquor cerebrospinalis), par Mariano GÓRRIZ et Pedro MARTÍNEZ. *Archivos de Neurobiología*, T. XIII, n° 4 à 6, pp. 761-767, juillet-décembre 1933.

Le réactif nouveau pour mesurer l'albumine du liquide céphalo-rachidien se compose de sublimé (8), chlorure de sodium (1), acide trichloracétique (2), formol à 40 % (20), acétone (10) et eau (170). Sur 2 cm. de réactif, on dépose doucement le liquide céphalo-rachidien. Il se forme un anneau à la surface de séparation. Le précipité augmente et gagne progressivement le fond du tube. Cette réaction est très sensible. Dans les cas pathologiques, des grumeaux se forment, une masse se détache. Les signes d'anomalie sont aussi bien dans la constitution du précipité que dans son volume.

P. CARRETTE.

**Composition du liquide céphalo-rachidien au niveau du trou occipital et au niveau des crêtes iliaques**, par A. BARLOVATZ. *La Presse Médicale*, n° 83, pp. 1602-1604, 18 octobre 1933.

La valeur des altérations du liquide céphalo-rachidien doit être révisée. Barlovatz le prouve en examinant des gouttes de liquide au début et à la fin de la ponction, et en effectuant des prélèvements à différents étages de l'axe cérébro-spinal. Le liquide cervical est généralement plus pauvre que le liquide lombaire, en cellules et en albumine. Au cours de la ponction, la quantité de leucocytes est plus grande au début qu'à la fin.

P. CARRETTE.

## ENDOCRINOLOGIE

**L'état actuel du problème des maladies de l'hypophyse** (The Present Status of Diseases of the Hypophysis), par Tracy J. PUTNAM. *The-New-England Journal of Medicine*. T. 209, n° 10, pp. 486-489, 7 septembre 1933.

Le problème de l'hypophyse est double. Deux formations contribuent à sa constitution. Anatomiquement et physiologiquement, elles n'ont rien de commun. Les questions de pathologie et de thérapeutique qu'elles posent se rattachent à des branches différentes de la médecine. Le lobe postérieur

à des fonctions discutées. On n'est pas sûr de son rôle dans le diabète insipide. Sa pathologie s'associe à celle de l'hypothalamus et du chiasma optique, c'est-à-dire aux troubles du métabolisme des graisses, à ceux du sommeil, aux hémianopsies. Le lobe antérieur, glandulaire, renferme plusieurs catégories de cellules. Les lésions des éléments chromophobes sont peu connues ; celles des éléments acidophiles concourent à provoquer des troubles de la croissance, l'hypoglycémie ; celles des éléments basophiles se rattachent aux questions de synergies fonctionnelles des glandes à sécrétions internes, à des syndromes complexes tels que l'hirsutisme, l'hypertension artérielle et les dystrophies osseuses et cutanées. M. Putnam ne croit pas que l'utilisation des extraits hypophysaires en thérapeutique, soit appelée à fournir des précisions pathogéniques utiles, parce qu'il n'y a pas de commune mesure entre les expériences pratiquées sur l'animal avec de fortes doses de produits parfois toxiques et l'administration chez l'homme par voie buccale ou sous-cutanée d'extraits profondément modifiés.

P. CARRETTE.

**Action de l'hypophyse sur la thyroïde chez la grenouille** (Acción de la hipófisis sobre la tiroides de los sapos), par Alberto L. MAGDALENA. *La Semana Médica*, n° 49, pp. 1813-1831, 7 décembre 1933.

Les amphibiens sont employés de préférence pour les recherches sur l'hypophyse. La glande est facile à extirper chez la grenouille, la salamandre, le crapaud, dont la variété, *bufo arenarum*, est abondante dans la région de Buenos-Aires et a servi aux expériences de M. Magdalena. Les greffes de lobe antérieur d'hypophyse lui ont montré l'action stimulante de cette glande sur les fonctions thyroïdiennes, tandis que les implantations d'ovaire, de testicule, de foie, de muscles restaient sans action. Inversement, l'extirpation de l'hypophyse est suivie d'atrophie cellulaire et de baisse de l'activité thyroïdienne. Point capital à retenir : les lésions du tuber et des régions cérébrales voisines n'ont aucune influence sur la thyroïde. Enfin l'extirpation du lobe antérieur de l'hypophyse diminue l'iodémie ; sa greffe l'augmente. Le rôle thyro-stimulant de l'hypophyse est permanent ; il s'exerce sur l'état anatomique aussi bien que sur les fonctions.

P. CARRETTE.

**L'hérédité de la maladie de Basedow**, par Marcel LABBÉ. *Le Monde Médical*, n° 830, pp. 781-786, 1<sup>er</sup> juillet 1933.

Les maladies du corps thyroïde ont dans certaines régions l'allure de maladies familiales. L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse de véritable hérédité pathologique. Les conditions locales similaires de climat, d'alimentation créent une prédisposition commune aux altérations thyroïdiennes évoluant suivant des types cliniques semblables.

P. CARRETTE.

**Le souffle continu thyroïdien supérieur signe caractéristique du syndrome basedowien**, par MM. Camille LIAN, Louis LYON-CAEN et Roger DUMÉRY. *La Presse Médicale*, n° 96, pp. 1942-1943, 2 décembre 1933.

Les auteurs décrivent le souffle continu thyroïdien supérieur comme un signe pratique d'une grande valeur clinique dans le diagnostic du syndrome

basedowien. Cette valeur est confirmée par sa correspondance constante avec l'augmentation du métabolisme basal. Ce symptôme serait la plus caractéristique des manifestations cliniques prises isolément.

P. CARRETTE.

**Les troubles thyroïdiens à symptomatologie cardiaque. Les rapports du métabolisme de base et de la circulation**, par A. RAVINA et Simone LYON. *La Presse Médicale*, n° 77, pp. 1485-1487, 27 septembre 1933.

Il résulte des recherches de Ravina et de Mlle Lyon que l'origine thyroïdienne de certains troubles cardiaques se trouve parfois vérifiée par les modifications du métabolisme de base. L'hypertension, les palpitations, les extra-systoles cèdent, dans les cas cités, à l'administration de traitements applicables à l'endocrinologie. Toutefois, les auteurs recommandent la prudence dans l'utilisation des ressources de la physiothérapie et de la chirurgie pour éviter les réactions glandulaires inverses.

P. CARRETTE.

**La Réaction de Kottmann dans la démence précoce et la phrénasthénie**, par Mazzei MAURIZIO (Voltana). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

Cette réaction a pour but d'étudier le fonctionnement de la glande thyroïde, elle est basée sur l'action qu'exerce la lumière sur les sels d'argent en contact avec des colloïdes du sérum sanguin. La rapidité de modifications de coloration du mélange indique la valeur de la réaction.

L'auteur recherchant la réaction de Kottmann chez un nombre important de déments précoces a trouvé chaque fois une diminution considérable de l'activité thyroïdienne, surtout dans les formes hébéphréniques et catatoniques.

Paul ABÉLY.

**Etude synthétique de l'hyperparathyroïdisme expérimental**, par PERGOLA. *La Presse Médicale*, n° 70, pp. 1366-1368, 2 septembre 1933.

Les doses élevées d'hormone parathyroïdienne déterminent une intoxication caractérisée par l'hypercalcémie, hypophosphorémie, augmentation de l'excrétion urinaire du calcium et du phosphore. Les dystrophies osseuses du type Recklinghausen paraissent bien dues à l'hypersécrétion parathyroïdienne. Pour certains auteurs, il n'est pas possible de faire une distinction étiologique entre le rachitisme, l'ostéomalacie et l'ostéite fibreuse. Pergola estime que l'obscurité du problème réside dans le fait que l'extrait parathyroïdien total n'est pas différencié physiologiquement de l'hormone, ni l'hyperplasie simple de l'adénome.

P. CARRETTE.

**Effets de la résection du ganglion sympathique cervical supérieur sur les glandes parathyroïdes chez le chien**, par René LERICHE, Adolphe JUNG et E. WORINGER. *La Presse Médicale*, n° 57, pp. 1137-1139, 19 juillet 1933.

La sympathectomie cervicale par ablation du ganglion cervical supérieur avec dénudation carotidienne agit sur les parathyroïdes. Elle provoque une

chute transitoire de la calcémie et une congestion glandulaire. Ces faits expérimentaux justifient par conséquent l'intervention précitée dans certains cas d'insuffisance parathyroïdienne.

P. CARRETTE.

La question de « l'idiotie thymique de H. Vogt » (Zur Frage der « Idiotia thymica H. Vogt »), par KARLE KAHLE (+) (Göttingen). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, tome CXLV, 1933, p. 46 à 51.

Observation avec contrôle anatomique d'absence de thymus et de lésions glandulaires et cérébrales d'un idiot de 3 ans qui paraît se superposer aux cas décrits par H. Vogt en 1911 chez les chiens thymoprives. Chez de tels animaux, il se produit, après une phase d'adiposité, une cachexie qui aboutit au coma. Certaines différences anatomo-pathologiques ont été observées par l'auteur qu'il rapporte à l'absence de coma tétanique terminal que l'on observe chez le chien.

Henri Ey.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Internement et stérilisation des aliénés (Anstaltsaufenthalt und Unfruchtbarmachung Geisteskranker), par DORNEDDEN. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1934, n° 32.

L'auteur publie les résultats d'une enquête faite par l'Office des statistiques sanitaires du Reich auprès de 21 asiles. La proportion des malades pour lesquels la stérilisation a été demandée, est de 24,6 à 28,7 p. cent.

E. BAUER.

Les Facteurs psychologiques qui prédisposent aux accidents de la rue et les perspectives d'organisation psychotechnique préventive, par GEMELLI et PONZO. (*Journal de Psychologie*, 1933, nos 7-8).

A l'époque où nous vivons, la plaie sociale des accidents de la rue s'ajoute aux autres pour attaquer la vie humaine. Contre ce danger il faut organiser une défense où la part principale de l'effort semble devoir revenir au psychotechnicien. Les auteurs, jetant les bases d'un nouveau chapitre de psychologie concrète, dégagent les causes principales des accidents de la rue et envisagent les moyens pratiques de les prévenir.

D. L.

## MÉDECINE LÉGALE

Étude clinique et médico-légale des paralytiques généraux malarisés (Estudo Clínico e Medico-legal dos paralyticos geraes malarisados), par ZACHEU ESMERALDO *Archivos Brasileiros de Medicina*, n° 11, novembre 1933.

La malarisation des paralytiques généraux n'est pas une improvisation heureuse, mais le couronnement de recherches patientes. Pour en suivre les péripéties, c'est aux origines mêmes de la médecine qu'il convient de remonter. On y voit l'histoire de la paralysie générale et celle de la pyrété-

thérapie s'y développer longtemps parallèlement. La connaissance de la manie, des cas où elle évolue vers la démence, des formes délirantes nous achemine à la notion de la maladie de Bayle. Son dualisme disparaît en une dernière étape. On garde la certitude de son incurabilité, mais on connaît l'influence favorable des fièvres sur la folie. On la provoque. Enfin, Wagner von Jauregg propose l'impaludation dans la méningo-encéphalite diffuse.

M. Esmeraldo, après avoir conté l'histoire de la pyrétothérapie et celle de la paralysie générale, trace celle de leurs relations modernes. Les résultats thérapeutiques les plus complets posent par leur fréquence un problème médico-légal nouveau. L'appréciation de la valeur sociale d'une rémission complète est délicate. Les tests psychologiques favorables démontrant l'absence des signes d'affaiblissement intellectuel, il faut encore explorer les réactions affectives et la résistance de la volonté, évoquer aussi exactement qu'il est possible l'état prépsychotique, avant d'exprimer une opinion nette sur le résultat du traitement dans chaque cas soumis à la critique médico-légale.

P. CARRETTE.

**Problèmes d'expertise dans les traumatismes du crâne** (Sachverständigen-probleme bei Schädelverletzungen) par W. RIKSE. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXII, fasc. 1-2, 1933.

L'expertise des séquelles des traumatismes crâniens est des plus difficiles. La gravité des séquelles n'est pas proportionnée à celle du traumatisme ; des contusions cérébrales ont été constatées en l'absence de lésions du crâne. Le dogme de la régression rapide des troubles a dû être abandonné. La simulation a été trop facilement admise pendant longtemps ; il en a été de même du diagnostic de névrose, porté trop souvent à défaut de signes objectifs ou plutôt après un examen insuffisamment minutieux. L'auteur expose le rôle d'aggravation joué par certains facteurs d'ordre médical, psychologique, social. Il étudie séparément la capacité de travail (Arbeitsfähigkeit) et la capacité de gain (Erwerbsfähigkeit), deux termes différents en législation sociale allemande.

E. BAUER.

**Résultats de la Loi de préservation suédoise** (Erfahrungen bezüglich des schwedischen Verwahrungsgesetzes), par A. PETRÉN. *Acta psychiatrica et neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933, Copenhague.

En Suède, la loi du 22 avril 1927, en vigueur depuis 1928, a institué l'internement dans des établissements spéciaux « de préservation » (Verwahrungsanstalten) des criminels dont la responsabilité est atténuée. L'ancienne prison de Norrköping a été affectée aux sujets de sexe masculin. Quant aux femmes, leur nombre n'est pas assez grand pour justifier la création d'un établissement particulier ; quelques locaux leur ont été affectés à la prison de Växjö. L'auteur expose les conditions d'application de la loi. Il faut que le criminel soit jugé inintimidable par les mesures pénales ordinaires, qu'il soit considéré comme dangereux pour la sécurité personnelle et matérielle d'autrui, que son crime justifie une condamnation minima, dont la limite est abaissée pour les récidivistes. Une commission spéciale, composée du Directeur de l'Administration des prisons du Royaume et de



4 membres, dont un médecin et un magistrat au moins, doit donner son avis. La durée de l'internement n'est pas limitée, elle est au minimum de 2 ans, mais elle ne peut jamais être inférieure à la durée de la peine qu'aurait justifié le crime commis. La Commission d'internement doit donner également son avis en ce qui concerne la sortie, qui dépend uniquement de l'état d'amélioration de l'interné. Elle se réunit la première fois avant l'échéance de la période d'internement minima, ensuite une fois par an. Elle peut décider, soit la mise en liberté provisoire, surveillée, pour une période minima de 3 ans, renouvelable, soit la sortie définitive. La sortie provisoire devient définitive après 6 ans de bonne conduite. A Norrköping, 61 criminels ont été admis depuis l'entrée en vigueur de la loi. L'auteur donne quelques renseignements sur la discipline et les occupations des internés. Les résultats sont encourageants, puisque 6 sujets ont déjà pu être remis en liberté avec un succès complet chez 5 d'entre eux, ainsi qu'en témoignent les observations rapportées par l'auteur.

E. BAUER.

**Préservation et stérilisation** (Vervahrung und Sterilisation), par Eimar BRÜNNICHE. *Acta psychiatrica et neurologica*, vol. VIII, fasc. 3, 1933.

L'établissement de Sundholm, près Copenhague, fondé en 1925, est destiné aux délinquants et criminels psychopathes dont l'état mental ne permet pas l'internement dans un asile d'aliénés. Son organisation et son fonctionnement sont conçus dans un esprit de thérapeutique active et de prophylaxie. Les délits sexuels fournissent le plus grand nombre d'admissions (50 sur 55). Il s'agit le plus souvent d'attentats sexuels sur des enfants (40 cas). L'auteur décrit la vie des malades dans l'établissement, leur discipline, les méthodes de psychothérapie. Les résultats ont été, jusqu'ici, encourageants, puisque 20 malades se trouvent déjà en liberté provisoire. La stérilisation a été appliquée dans 14 cas, dont 15 suivies de sortie. L'auteur expose les bienfaits de la stérilisation chez les délinquants sexuels ; il préconise la méthode de la castration bilatérale. Quelques lettres de malades remis en liberté, après l'intervention, témoignent de l'amélioration obtenue.

E. BAUER.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 février 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 février 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 mars 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mars 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Centenaire de Magnan.

La Société Médico-psychologique a décidé de consacrer la *séance solennelle* du *lundi 27 mai 1935* à la célébration du *Centenaire de V. Magnan* (16 mars 1835-27 septembre 1916).

### Dîner annuel.

Le dîner annuel de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1935*.

## PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

## Année 1936.

## Prix BELHOMME. — 1.200 francs (1)

Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.200 fr. pour l'année 1936.

Le sujet suivant a été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

## Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire, manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1934 et en 1935, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

## Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs

Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs (partage interdit), a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 fr. pour l'année 1936. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement du Legs Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° Être de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

## Prix AUBANEL. — 3.000 francs

La Société Médico-psychologique a décidé d'attribuer exceptionnellement en 1936 le prix Aubanel. Ce prix est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

La Société a choisi le sujet suivant : « *Existe-t-il des relations entre la psychose périodique et la démence précoce ?* »

(1) Les chiffres indiqués ici annulent les chiffres précédemment indiqués.

**Année 1937.***Prix AUBANEL. — 3.000 francs*

Ce prix, *triennal*, et habituellement de 1.500 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 3.000 francs, pour l'année 1937. Il est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

La Société a choisi le sujet suivant : « *Les Psychoses gemellaires.* »

*Legs CHRISTIAN, annuel. — 300 francs*

N. B. — *Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.* Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

*Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).*

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE****Nominations.**

M. HAYE est nommé Directeur-Adjoint à l'Administration Centrale du Ministère de la Santé publique.

M. LÉVÊQUE est nommé Chef de Bureau.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS****Nécrologie.**

Sir Maurice CRAIG, ancien Directeur de l'Hôpital Royal de Bethlem (Grande-Bretagne).

M. Georges HÉDIN, Directeur de l'Asile clinique (Sainte-Anne), à Paris.

**Légion d'Honneur.**

Sont nommés *chevaliers de la Légion d'honneur* :

M. le Dr PAUL ABÉLY, Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Villejuif (Seine) ;

M. PAUL MICHAUT, Sous-Directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine ;

M. le D<sup>r</sup> PASTUREL, Médecin-Directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

M. le D<sup>r</sup> USSE, Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Quatremares (Seine-Inférieure).

### Nominations.

M. le D<sup>r</sup> CHRISTY est nommé Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés du Mans (Sarthe).

M. le D<sup>r</sup> PIERSON est nommé Médecin-Chef du Service de psychiatrie de l'Hôpital civil de Casablanca (Maroc) ;

M. le D<sup>r</sup> DONNADIEU, Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est mis, sur sa demande, à la disposition de M. le Résident général de France au Maroc ;

M. le D<sup>r</sup> THUILLIER est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) ;

M. MARSOT est nommé Directeur administratif de l'Asile de Bron (Rhône).

### Hommage au D<sup>r</sup> Jules Colombani.

Le *mardi 8 janvier 1935*, en l'honneur de notre très distingué collègue le D<sup>r</sup> Jules COLOMBANI, Directeur honoraire de la Santé et de l'Hygiène publique du Protectorat français au Maroc, et ancien interne des Asiles de la Seine, eut lieu à Casablanca une émouvante cérémonie.

Devant le D<sup>r</sup> Jules Colombani, en présence de son éminent successeur M. le D<sup>r</sup> GAUD, de M. le Général-Médecin SPICK, de M. le Professeur BLANC, Directeur de l'Institut Pasteur, de M. LEROY, Directeur de l'Hôpital, de MM. les D<sup>rs</sup> BOUVERET, FREDERICCI, SPEDER, etc., de ses amis et de ses anciens collaborateurs, M. le Contrôleur-Chef ORTHLIEB donna lecture du vœu de la Commission Administrative de l'Hôpital Civil, et conformément à ce vœu, déclara que cet hôpital porterait désormais le nom d'*Hôpital Jules Colombani*.

Après ce juste hommage, une plaquette de bronze, par Hérain, reproduisant ses traits, fut remise au grand Chef auquel doivent tant l'Assistance et l'Hygiène du Protectorat français au Maroc. Le D<sup>r</sup> BOUVERET exprima en termes heureux les pensées affectueusement reconnaissantes et les regrets de tous.

### Concours sur titres pour le recrutement d'un médecin chef du service de psychiatrie à l'hôpital civil de Constantine.

Il sera ouvert à Alger, le 25 février 1935, un Concours sur titres pour le recrutement d'un Médecin-Chef du Service de Psychiatrie à l'Hôpital Civil de Constantine.

#### CONDITIONS EXIGÉES DES CANDIDATS POUR ÊTRE ADMIS A PRENDRE PART AU CONCOURS

Pour être admis à prendre part au concours, les candidats devront justifier qu'ils sont médecins spécialistes des asiles de France et qu'ils possèdent une pratique professionnelle de 5 ans au moins dans un asile public en qualité de médecin.

Les candidats adresseront au Gouverneur Général, sous pli recommandé, leur demande établie sur papier timbré et accompagnée des pièces suivantes :

1. un acte de naissance dûment légalisé ;
  2. leur diplôme d'Etat de docteur en médecine délivré par une Faculté française ou sa copie certifiée conforme ;
  3. un certificat de bonnes vie et mœurs ;
  4. un extrait de leur casier judiciaire.
- (Ces deux dernières pièces ayant moins de trois mois de date) ;
5. la justification de leurs titres et de leurs travaux scientifiques, ainsi que de leurs services professionnels ;
  6. leur état signalétique et des services militaires ou une pièce attestant qu'ils ont satisfait aux obligations de la loi militaire en ce qui concerne leur service actif.

La liste d'inscription des candidats sera close cinq jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours, soit le 20 février 1935 à 16 heures. Aucune demande d'inscription faite après cette date ne pourra être accueillie.

#### COMPOSITION DU JURY

Le jury du concours est composé de la manière suivante :

*Président* : un Conseiller de Gouvernement. *Membres* : le Professeur à la Faculté de Médecine d'Alger, Conseiller sanitaire technique de psychiatrie auprès de la Direction de la Santé Publique ; le Médecin des hôpitaux, Conseiller sanitaire technique de neurologie auprès de la Direction de la Santé Publique ; deux Médecins et un Chirurgien des hôpitaux tirés au sort.

#### NOMINATION DU CANDIDAT ADMIS AU CONCOURS

Le candidat admis au concours sera nommé en qualité de Médecin-Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital civil de Constantine, par arrêté du Gouverneur Général.

Ce praticien touchera, provisoirement, un traitement annuel de 31.000 fr., majoré des indemnités de 25 0/0 et de 8 0/0, en attendant que le statut relatif aux médecins des centres psychiatriques de l'Algérie ait été définitivement sanctionné par le Pouvoir Central.

Il devra, en outre, s'engager à ne pas faire de clientèle, et à rester à la disposition de l'Administration pour assurer, s'il y a lieu, dans tout autre établissement de la Colonie, un service de la même spécialité.

Constantine, le 17 décembre 1934.

P. le Préfet :

Le Secrétaire Général,  
Signé : TROUSSEL.

#### « Pallas », nouvelle revue médicale.

Notre collègue le Dr CRINON, Directeur de l'*Informateur Médical*, ancien interne des Asiles de la Seine, fait paraître sous ce titre une revue vivante, de belle tenue, remarquablement illustrée, destinée aux médecins, et dont le premier numéro trimestriel a obtenu un grand succès.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

25<sup>m</sup>e Anniversaire du Comité National d'Hygiène Mentale  
des Etats-Unis d'Amérique.

Fondé en 1909 par M. CLIFFORD W. BEERS, le *Comité National d'Hygiène Mentale des Etats-Unis d'Amérique*, a célébré le mercredi 14 novembre 1934, au Waldorf-Astoria, à New-York, le 25<sup>e</sup> anniversaire de sa fondation.

600 personnes assistèrent à cette réunion, qui eut un très grand succès ainsi que le dîner qui suivit. Les résultats obtenus par un quart de siècle d'efforts y furent mis en lumière par divers orateurs, parmi lesquels le D<sup>r</sup> Arthur H. RUGGLES, président du Comité National ; le Professeur Adolf MAYER, de Baltimore ; M. James R. ANGELL, président de l'Université de Yale ; le D<sup>r</sup> Clarence M. HINCKS, Directeur général du Comité National ; le Professeur J. M. ROSENAU, de l'Université de Harvard ; S.E. Jacob Gould SCHURMAN, ancien Ambassadeur des Etats-Unis, ancien président de l'Université Cornell et M. CLIFFORD W. BEERS, fondateur et secrétaire du Comité National et du Comité International d'Hygiène Mentale.

M. CLIFFORD W. BEERS exposa son projet de réunir 5.000.000 de dollars pour la fondation à New-Haven (U.S.A), d'un *Centre international de recherches d'Hygiène Mentale*, projet qui, à l'époque actuelle, pourrait paraître une illusion, si M. Clifford W. Beers n'avait démontré que ses projets sont toujours traduits en actes et que ses réalisations ne sont jamais inférieures à ses intentions. Le remarquable mouvement qu'il a créé s'est étendu depuis au monde entier. Les Ligues Nationales d'Hygiène Mentale, fondées dans toutes les parties du monde à l'imitation du Comité National Américain, témoignent de la fécondité de cet exemple, des nécessités auxquelles il répondait et de la valeur des résultats obtenus dans tous les domaines.

Le livre « *Twenty five years after* », publié en 1934 par le Gouverneur WILBUR L. CROSS (Doubleday, Doran and Co, éditeurs, Garden-City, New-York), est un témoignage universel d'admiration et de reconnaissance à CLIFFORD W. BEERS, fondateur et animateur du mouvement international d'Hygiène Mentale.

II<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE  
(Paris, 27-31 juillet 1936)

Le II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale se tiendra à Paris, du 27 au 31 juillet 1936.

Président d'Honneur : M. Henri CLAUDE.

Président du Congrès et Président du Comité Exécutif : M. Ed. TOULOUSE.

Vice-Président du Comité Exécutif : M. Aug. LEY.

Secrétaire permanent : M. Clifford W. BEERS.

Secrétaire général : M. G. GENIL-PERRIN.

Trésorier : M. Robert DEMACHY.

Président du Comité du Programme : M. René CHARPENTIER.

Vice-Président du Comité du Programme : M. Aug. LEY.

Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. Jean LÉPINE.

Vice-Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. Joseph DELAÎTRE.

## Séances du Congrès.

Pendant la durée du Congrès, deux séances seront organisées matin et soir. A chacune de ces séances seront présentés *trois rapports* ayant trait à des sujets connexes. Chaque rapporteur disposera de 16 pages d'impression et de 15 minutes pour le résumé oral de son rapport en séance.

Chaque rapport sera suivi d'une *discussion* et de *communications* orales sur les points particuliers traités dans ce rapport. Il sera accordé à chaque orateur prenant part à cette discussion et à chaque auteur d'une communication 4 pages d'impression et 5 minutes d'exposé oral.

Le texte dactylographié des rapports et des communications devra être remis *avant le 1<sup>er</sup> novembre, 1935* au président du Comité du Programme. Les langues suivantes pourront être imprimées dans les publications du Congrès : français, allemand, anglais, espagnol, italien, portugais. Chaque manuscrit devra être accompagné d'un *résumé* de 15 à 20 lignes en français et en anglais.

Les inscriptions pour les communications et les discussions ne pourront être acceptées que dans la limite du temps disponible. Il sera donc nécessaire de s'inscrire à l'avance auprès du *Président du Comité du Programme* : D<sup>r</sup> René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine), et il est recommandé de le faire *avant le 1<sup>er</sup> janvier 1936*.

## Programme des Séances.

Ce programme préliminaire comprend seulement l'indication des sujets mis à l'ordre du jour du Congrès et la liste des rapporteurs. Le programme complet des séances avec la liste des membres du Congrès inscrits pour la discussion des rapports ou pour des communications sera établi ultérieurement.

**Lundi 27 juillet 1936**

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE.

I. — Discours du *Président* de la séance.

II. — Discours de M. le D<sup>r</sup> Edouard TOULOUSE, *président du II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale*.

III. — Rapport de M. CLIFFORD W. BEERS, *Secrétaire général du Comité International d'Hygiène mentale*.

IV. — Rapport de M. le D<sup>r</sup> Georges GENIL-PERRIN, *Secrétaire général du II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale*.

V. — *Les bases scientifiques de l'Hygiène mentale*.

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> André REPOD (de Malévoz-Monthey, Suisse).



14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.

- I. — *Les conditions et le rôle de l'eugénique dans la prophylaxie des maladies mentales.*

Rapporteur : M. le Professeur RÜDIN (de Munich).

- II. — *Les lois de stérilisation eugénique et les résultats de leur application.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> HOWARD C. TAYLOR (de New-York).

- III. — *L'Hygiène mentale de la sexualité.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> J. M. SACRISTAN (de Madrid).

### Mardi 28 juillet 1936

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

- I. — *L'Hygiène mentale dans l'éducation familiale.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> CORRADO TUMIATI (de Florence).

- II. — *L'Hygiène mentale à l'Ecole et à l'Université.*

Rapporteur : M. le Professeur GONZALO BOSCH (de Buenos-Aires).

- III. — *La législation de l'enfance anormale.*

Rapporteur : M. le Professeur VERMEYLEN (de Bruxelles).

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.

- I. — *L'Hygiène mentale du travail intellectuel.*

Rapporteur : M. le Professeur CHARLES I. MYERS (de Londres).

- II. — *L'Hygiène mentale dans l'orientation professionnelle.*

Rapporteur : M. le Professeur J.-M. LAHY (de Paris).

- III. — *Hygiène mentale et Urbanisme.*

Rapporteur : M. le Professeur GUSTAVO MODENA (d'Ancône).

### Mercredi 29 juillet 1936

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.

- I. — *Le rôle de l'Hérédité et de la Constitution dans l'étiologie des troubles de l'esprit.*

Rapporteur : M. le Professeur KRETSCHMER (de Marburg).

- II. — *La prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxico-infectieuse.*

Rapporteur : M. le D<sup>r</sup> L. MARCHAND (de Paris).

- III. — *Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux.*

Rapporteur : M. le Professeur E. MIRA (de Barcelone).

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.

- I. — *L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanies.*

Rapporteur : M. X... (Autriche).

- II. — *La prophylaxie de l'alcoolisme.*

Rapporteur : M. le Professeur WILLIAM A. WHITE (de Washington).

- III. — *La prophylaxie individuelle et sociale du suicide.*

Rapporteur : M. le Professeur D. K. HENDERSON (d'Edinburgh).

## Jeudi 30 juillet 1936

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.I. — *L'organisation d'un Centre de Prophylaxie mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur WNOUKOFF (de Moscou).

II. — *La formation du personnel auxiliaire des organisations d'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur SOBRAL CID (de Lisbonne).

III. — *La législation comparée de l'Assistance psychiatrique.*

Rapporteur : M. le Dr A. COURTOIS (de Chezal-Benoît, France).

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance.I. — *La prophylaxie des délits et des crimes.*

Rapporteur : M. le Professeur Olof KINBERG (de Saltzjöbaden, Suède).

II. — *Les anormaux devant la Justice.*

Rapporteur : M. le Professeur K. Herman BOUMAN (d'Amsterdam).

III. — *La protection sociale et l'assistance aux anormaux délinquants et criminels.*

Rapporteur : M. le Dr Louis VERVAECK (de Bruxelles).

## Vendredi 31 juillet 1936

9 heures. — 1<sup>re</sup> séance.I. — *Proposition d'une Classification internationale des troubles mentaux (Nomenclature).*

Rapporteur : Sir Hubert BOND (de Londres).

II. — *L'unification de la Statistique psychiatrique internationale.*

Rapporteur : M. le Dr H. BERSOT (du Landeron, Suisse).

III. — *L'unification des Statistiques générales dans les Etablissements d'assistance psychiatrique.*

Rapporteur : M. le Dr M. DESRUELLES (de Saint-Ylie, France).

14 heures 15. — 2<sup>e</sup> séance. — SÉANCE DE CLÔTURE DU CONGRÈS.I. — *Exposé des recherches scientifiques les plus urgentes en vue de la prophylaxie des troubles mentaux.*

Rapporteur : M. le Professeur Aug. WIMMER (de Copenhague).

II. — *Exposé des moyens à recommander pour la propagande de l'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur J. PERITCH (de Belgrade).

III. — *Rapport sur les vœux présentés au II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène mentale,*

par M. le Dr Georges GENIL-PERRIN, Secrétaire général du Congrès.

## Réceptions, excursions, visites.

Pendant le Congrès, seront organisées des réceptions officielles, des excursions, des visites d'établissements, de laboratoires, d'œuvres consacrées à l'hygiène mentale et à l'assistance psychiatrique, etc. Le programme en sera publié ultérieurement. Il sera également organisé, après le Congrès, des excursions.

## Exposition d'hygiène mentale.

Il est projeté d'organiser, à proximité de la salle des séances du Congrès, une *exposition* de l'histoire, des buts, des moyens, des résultats, des projets, etc., du mouvement international d'hygiène mentale, exposition à laquelle chaque pays pourrait apporter sa documentation propre : plans, statistiques, fiches, etc., dans ses diverses activités relatives à l'hygiène mentale, à la prophylaxie, à l'assistance et à la thérapeutique des maladies mentales.

## Inscriptions au Congrès.

Le Congrès comporte des *membres adhérents* et des *membres associés*. Les *membres adhérents* ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Le prix de leur cotisation est de 125 francs français. Ils recevront un exemplaire des rapports et des comptes rendus du Congrès. Pour être membre adhérent, il n'est pas nécessaire d'être docteur en médecine.

Les *membres associés* ne prennent pas part aux discussions du Congrès, mais peuvent assister aux séances et bénéficient des avantages accordés pour les voyages, excursions, visites..., etc. Le prix de leur cotisation est de 75 francs français. Ils ne recevront pas les rapports ni les comptes rendus du Congrès.

Pour être membre du Congrès, il faut être agréé par le Bureau. Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Une cotisation de 500 francs français sera demandée aux *Liges Nationales d'Hygiène Mentale*. Les Administrations publiques, les Etablissements hospitaliers et les Centres d'Hygiène et de Prophylaxie mentale, les Sociétés scientifiques, certaines associations professionnelles peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus. Le chiffre de leur cotisation a été fixé à 125 francs français.

Les dons, cotisations, etc., sont reçus dès à présent par M. Robert DEMACHY, trésorier du *Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale*, 27, rue de Londres, à Paris.

## NÉCROLOGIE

## G. Gatian de Clérambault (1872-1934).

G. de Clérambault naquit en 1872 à Bourges. D'origine tourangelles, il descendait directement de la mère de Descartes ; sa grand'mère était la cousine germaine d'Alfred de Vigny. Prix et accessit au concours général de 1908, Interne des Asiles de la Seine, il fut nommé en 1905 Médecin-Adjoint à l'Infirmierie Spéciale des Aliénés près la Préfecture de Police. En mars 1920, il devint Médecin-Chef de l'Infirmierie Spéciale. C'est à l'Infirmierie Spéciale que G. de Clérambault a édifié toute son œuvre psychiatrique. Ses premières études ont porté sur les *Intoxications*. « Intoxications par l'éther » (*Archives Internationales de Neurologie*, 1910, pages 268-599), Intoxication par le haschisch.

Puis il a entrepris l'étude de l'*érotomanie*, dont il a entièrement renouvelé la conception et donné une description définitive, devenue classique. Dans un premier travail, avec Brousseau, sur « Coexistence de deux délires : persécution et érotomanie » (*Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 9, décembre 1920), il montre la coexistence de deux délires, un délire de persécution et un délire érotomaniaque, dont chacun est assez complet pour pouvoir être regardé comme un délire complet en soi, qui aurait pu exister sans l'autre. Il limite le syndrome érotomaniaque, en fixe le postulat fourni par l'orgueil sexuel, l'évolution en deux périodes, la première optimiste, la seconde pessimiste avec deux phases de dépit amoureux et de haine véritable. Puis il réunit, sous le même vocable de délire passionnel : l'érotomanie, le délire de revendication, le délire de jalousie et le délire hypocondriaque. Les *délires passionnels* font l'objet d'une série de publications à la Société Clinique de Médecine Mentale, « Le délire passionnel : érotomanie, revendication, jalousie » (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, n° 2, février 1921). Il sépare les délires passionnels des délires interprétatifs. Il montre les modes différents d'extension de ces deux catégories de délire : extension excentrique chez l'interprétant, extension en secteur ou en éventail chez le passionnel. Dans une communication, qui porte pour titre « Dépit érotomaniaque après possession » (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, n° 6, juin 1921), il montre l'importance de la triade affective : orgueil, amour et espoir, qui se formule dans le postulat et d'où dérivent les pensées et les actes de l'érotomane. Il montre que l'érotomanie est, tantôt un syndrome clinique surajouté et transitoire, tantôt une entité complètement autonome. Elle est rare à l'état pur. C'est la même idée qu'il développe dans « Erotomanie pure, érotomanie associée » (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, n° 7, juillet 1921). L'érotomanie pure est un syndrome idéo-affectif, d'une intensité passionnelle dont toute l'idéation dérive de ce qu'il appelle « le postulat ». Il est complet d'emblée, susceptible d'une très longue durée, ne subissant de transformation que celle d'amour en haine, comportant un objet unique et définitif, un hypertonus subcontinu, porté à l'action et incurable. Dans les cas mixtes, le syndrome érotomaniaque peut apparaître au cours du délire interprétatif proprement dit et il suit les lois de ce délire. Avec Lamache, il publie un cas d'érotomanie pure : « Erotomanie pure persistant depuis 37 années » (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd.*

*Ment.*, n° 6, juin 1923). Par sa longue durée, par la fixité des idées, par la ténacité de l'ardeur jamais éteinte, ce cas d'érotomanie confirmait la conception générale du syndrome antérieurement exposé. G. de Clérambault distingue l'érotomanie de la revendication, mais démontre que toutes deux rentrent séparément dans le groupe des délires passionnels. — A ces délires passionnels il donne une base physiologique dont il démontre l'existence par l'étude du réflexe oculo-cardiaque, « Le réflexe oculo-cardiaque chez les passionnels » (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, n° 7, juillet 1923). — Enfin, dans « La présentation d'un persécuté hypochondriaque » (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.*, n° 8, novembre 1923), il rattache le délire hypochondriaque au délire passionnel, dont la querulence n'est qu'une forme.

Dans une série de publications, il édifie sa conception de l'*automatisme mental* et renouvelle toutes les notions antérieures sur les psychoses hallucinatoires chroniques. Nous rappellerons la série de ses publications sur ce sujet : 1° dans le *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.* : en avril 1920, avec Porcher, « Automatisme mental et scission du moi » ; en décembre 1923, « Les psychoses hallucinatoires chroniques » ; en janvier 1924, « Les psychoses hallucinatoires chroniques » ; 2° dans les *Annales Médico-Psychologiques* : en novembre 1923, séance d'octobre 1923, pages 359 et 360 ; en décembre 1923 (page 460) ; en janvier 1923, séance de décembre 1923, pages 85, 86, 87 ; en février 1924, séance de janvier 1924, pages 172 et 173 ; 3° dans la *Pratique Médicale Française* : en mai 1925, « Psychoses à base d'automatisme » ; 4° au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes à Blois (25-30 juillet 1927), dans la discussion du rapport de M. Nayrac sur l'automatisme mental, il expose le syndrome mécanique et conception mécaniciste des psychoses hallucinatoires.

L'automatisme mental est un syndrome constitué de données psychiques ou psycho-sensorielles à apparence mécanique. Il comprend une série de phénomènes positifs, négatifs ou mixtes, qui ont pour propriété commune d'être neutres au point de vue affectif et nulles au point de vue idéique. Le syndrome d'automatisme mental apparaît dans les psychoses les plus diverses, les unes chroniques comme la psychose du type Magnan, qui est une psychose mixte, ou la démence précoce, ou à titre transitoire dans les intoxications subaiguës, ou dans la manie, ou dans la paralysie générale, etc. L'ère d'extension du syndrome d'automatisme mental recouvre une grande partie de la pathologie mentale ; il n'est pas spécial aux psychoses hallucinatoires de l'adulte. Dans ces dernières, il constitue le fait, sinon toujours initial, du moins le plus spécifique : il est basal ou nucléaire. Le délire n'est qu'ultérieur et explicatif.

Dans ses dernières études, G. de Clérambault développait sa conception du délire auto-constructif (Société Médico-Psychologique, octobre 1934).

Dans ses leçons à l'Infirmierie Spéciale, il avait exposé et développé ses théories, dont toutes ne firent pas l'objet de communications ou de rédactions définitives. Il en est ainsi particulièrement d'idées très neuves sur les délires interprétatifs, qu'il exposa partiellement au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes (Rabat, avril 1933).

Quel que soit le sujet qu'il aborda, il en a renouvelé toujours l'aspect et lui donna une originalité nouvelle et puissante. Il a créé les délires passionnels et l'automatisme mental. Il a donné à l'érotomanie sa description définitive. Il peut être considéré comme un des plus grands psychiatres que

la France a produits. Servi par une curiosité toujours éveillée, par une intelligence vaste et diverse, par la connaissance de l'anglais, de l'allemand, de l'espagnol et de l'arabe, il se livra à d'autres recherches. Il fit à l'Ecole des Beaux-Arts des cours sur l'histoire du costume, où il exposa les lois du « drapé ». A la Société d'Ethnographie, il fit une série de communications qui, de l'avis des spécialistes, lui méritent une notoriété chez les ethnographes et les anthropologistes.

Il tenait en réserve encore d'autres travaux, dont quelques-uns se réduisent à des notes manuscrites et dont d'autres sont peut-être plus avancés. Il a légué tous ses biens à l'Assistance publique ; il faut espérer que ses élèves et ses amis pourront obtenir du légataire l'autorisation de réunir les manuscrits en préparation et de les publier. Ainsi, « seront sauvées du néant les vérités qu'il avait entrevues ». Si même il ne laissait rien qui puisse être publié, l'œuvre que nous venons d'analyser et dont nous rap-  
pelons les références suffirait à sa gloire.

G. HEUYER.

# ANNALES

## MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

### MÉMOIRES ORIGINAUX

#### L'ANXIÉTÉ BILIAIRE

*Données cliniques et expérimentales  
sur l'action de la bile et des sels biliaires sur les centres  
neuro-végétatifs (en particulier respiratoires)*

PAR

H. BARUK, H. BRIAND, L. CAMUS et R. CORNU

Dès la plus haute antiquité, les rapports de l'intoxication biliaire et des troubles mentaux dépressifs ont été soupçonnés. L'étymologie même du mot « mélancolie » l'indique. Mais l'historique de cette importante question est passée par des phases diverses.

Les anciens (Hippocrate, Galien, Arétée de Cappadoce) attachaient à la « Bile noire » un rôle capital dans la genèse de la mélancolie (atrabile). Les mêmes conceptions furent adoptées durant le Moyen Age et jusqu'au début du XIX<sup>e</sup> siècle. Citons à ce sujet, entre autres, les noms de Vieussens et de Boerhave (1) au XVIII<sup>e</sup> siècle.

(1) « Bilis atra veteribus dicta deprehenditur etiam stagnare in iisdem « tribus locis, ad precordia, hypogastrium, epigastrium, læditque etiam « ita hoc organum sentiens, imaginens et impetum faciens ut penitus « invertatur... » HERMANI BOERHAVE : Praelectiones academico de morbis nervorum (Frankfurti et Lipsiae), 1752, T. II, p. 363.

Mais c'est surtout au cours du XIX<sup>e</sup> siècle qu'apparaît la notion précise en clinique des rapports de certains troubles mentaux, et notamment de la mélancolie, avec des affections hépatiques. Les premières observations dans ce sens datent de 1821 avec Delay et Foville (1), puis, beaucoup plus tard, en 1880, on trouve dans la littérature les observations de Hammond (2), de Raphely (3), de Charrin (4). A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, alors que la physiologie hépatique, d'une part, et les bases cliniques de la psychiatrie, d'autre part, subissaient des remaniements d'un intérêt primordial, Klippel (5) étudiant les délires alcooliques n'hésitait pas à leur attribuer une étiologie hépatique. Cette conception suscita, dès cette époque, des discussions multiples et fut adoptée notamment par Léopold Lévi (6), Vigouroux et Juquelier (7), Kischkine (8), Maurice Faure (9), etc... Dans le même temps, Régis publiait ses travaux sur le rôle des auto-intoxications hépatiques.

Toutefois, ce mouvement d'idées n'était pas suivi unanimement, et l'on put noter les réserves de Cullerre (10) en France et l'opposition de Grilli (11) et de Massalongho (12) en Italie. A propos d'un travail de ce dernier, en 1901, eut lieu une discussion à la Société Médico-psychologique à laquelle prirent part Klippel et Arnaud.

(1) DELAY et FOVILLE : Mélancolie et poussées d'ictère (*Nouveau Journal de Médecine*, 1881).

(2) HAMMOND : Mélancolie et abcès du foie (*Gaz. hebdomadaire*, 1880, n° 48).

(3) A. RAPHELY : Essai sur les phénomènes psychiques de nature mélancolique liés aux troubles fonctionnels du foie (atrabile des anciens). (*Thèse de Lyon*, 1889).

(4) CHARRIN : Mélancolie et affections hépatiques (*Soc. de Biol.*, 30 juillet 1892).

(5) KLIPPEL : De l'origine hépatique de certains délires alcooliques (*Annales médico-psychologiques*, 1894).

Délire et auto-intoxication hépatique (*Rev. de psychologie*, 1897, p. 236).

Troubles mélancoliques et maladies du foie (*Arch. gen. de Médecine*, août 1892).

(6) LÉOPOLD LÉVI : Troubles nerveux d'origine hépatique. Hépatoxémie nerveuse (*Arch. gen. de Méd.*, 1896).

Troubles nerveux d'origine hépatique (*Gaz. d. Hop.*, 1896).

Troubles nerveux d'origine hépatique (*Thèse de Paris*, 1896).

(7) VIGOUROUX et JUQUELIER : Insuffisance hépatique et délire (*Revue de Psychiatrie*, septembre 1902, p. 403).

(8) KISCHKINE : Deux cas de cérébropathie toxique à la suite d'ictère. (*Moniteur russe de Psycho.*, 1897).

(9) MAURICE FAURE : Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales (*Thèse de Paris*, 1900).

(10) CULLERRE : Hépatisme et psychoses (*Arch. de Neur.*, nov. 1898, p. 353).

(11) GRILLI : La cirrosi epatica si trovo molto raramente nei passi. *Lo sperimentale*, mai 1889.

(12) MASSALONGHO : Hépatisme et neuropathie (*Ann. Med. Psych.*, 1901, XIII, p. 101-103).



Bientôt allait reparaître la vieille conception du rôle étiologique de la bile sous une autre forme, avec les travaux sur la cholémie de l'Ecole de Gilbert (1). Gilbert et Lereboullet étudièrent la psychologie dépressive des cholémiques et la neurasthénie biliaire. Gilbert, Lereboullet et Cololian, à propos de l'étude de 50 cas, insistèrent sur l'origine biliaire de la mélancolie et rapportèrent des constatations anatomiques de lésions d'hépatite et d'angiolite au cours de ce syndrome mental.

Plus récemment, la question semble prendre une orientation tout autre. Des études biologiques systématiques sont faites, chez les mélancoliques, à la clinique du P<sup>r</sup> Claude, par Targowla, Aubel, Mlle Badonnel (2). Ils ont fait l'objet de l'importante thèse de Mlle Badonnel (3) et d'une étude d'ensemble de Targowla et Lamache (4). Citons également les publications de Duarte Moreira (5). Ces diverses recherches montrent qu'il existe bien des signes d'insuffisance hépatique chez les mélancoliques, mais elles les font apparaître comme faisant partie d'un ensemble de perturbations humorales atteignant tout l'organisme et pouvant tout aussi bien constituer des symptômes secondaires que des manifestations étiologiques.

Une telle conception était d'ailleurs assez conforme aux données nouvelles établies à cette époque par Tinel et Santenoise sur le rôle des perturbations sympathiques dans les états anxieux. Quelques auteurs à leur suite, comme Gelma, Parturier (6), donnent aussi la première importance aux troubles sympathi-

(1) GILBERT et LEREBoullet : Note sur la psychologie des cholémiques (*Soc. méd. Hop.*, 1903, p. 953).

La neurasthénie biliaire (*Soc. méd. Hop.*, 31 juillet 1903, p. 956).

GILBERT, LEREBoullet et COLOLIAN. — L'origine biliaire de la mélancolie (*Bull. et Mém. Soc. d. hop. de Paris*, 1903, 3<sup>e</sup> série, p. 967).

(2) TARGOWLA et BADONNEL : Insuffisance hépato-rénale et altérations sanguines dans la mélancolie (*Ann. méd. psychol.*, Paris, 1921, 2<sup>e</sup> série, p. 346-364).

AUBEL, TARGOWLA et BADONNEL : Sur l'insuffisance hépatique et l'acidose dans les états mélancoliques (*Presse Médicale*, Paris, 1925, XXXIII, p. 403-405).

TARGOWLA : Insuffisance hépatique et confusion mentale (Comm. Sté Médico-Psychol., 30 mars 1925. *Ann. Médico-Psychol.*, 1925, p. 363).

(3) Mlle BADONNEL : Contribution à l'étude des troubles des fonctions organiques dans la mélancolie. *Thèse de Paris*, 1924.

(4) TARGOWLA et LAMACHE : Le syndrome biologique des états mélancoliques. *L'encéphale*, février-mars 1929, n° 2-3, p. 166-265.

(5) DUARTE MOREIRA : De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, T. II, n° 8, août 1931.

(6) PARTURIER : La psychologie des biliaires (*Paris Médical*, 13 février 1926, p. 148).

ques émotifs, les perturbations hépatiques étant plutôt secondaires. Citons aussi les travaux de Laignel-Lavastine et Bourgeois (1), sur l'épreuve du rose-bengale dans la mélancolie.

Tout récemment, enfin, les perfectionnements introduits dans l'étude des fonctions biliaires par le tubage duodénal, ont remis à l'honneur la vieille notion de la « Bile noire », étudiée cette fois objectivement par Desplats et Dalsace (2), Chiray et Zitzermann (3) (Thèse de Zitzermann) insistent sur les rapports de l'atonie vésiculaire et de la bile noire avec les états mélancoliques.

Quoique cette question ait déjà été étudiée depuis tant de siècles, il semble que l'accord soit loin d'être fait sur le rôle étiologique de l'intoxication biliaire dans certains cas d'anxiété ou de mélancolie. Il nous a donc paru intéressant de rapporter ci-dessous quelques faits cliniques particulièrement troublants en les étayant, non plus seulement par des données anatomo-pathologiques, mais encore par l'étude expérimentale chez l'animal de l'action de la bile et de ses constituants sur le système nerveux et les centres neuro-végétatifs.

Nous rapporterons tout d'abord quelques observations cliniques mettant en évidence cette anxiété biliaire. Nous en rapprocherons ensuite nos constatations expérimentales.

## I. DONNÉES CLINIQUES

OBS. I. — Mme B..., 41 ans (Résumé).

Début de la *maladie en 1926*, par des troubles digestifs, douleurs abdominales, réactions douloureuses, sciaticque. Le diagnostic est d'abord incertain, puis ces troubles sont attribués à une *appendicite chronique* : appendicectomie en 1927. A la suite, amélioration légère des troubles digestifs, mais de peu de durée, et rapidement reparaisent des *douleurs gastriques, accompagnées de grands vertiges la nuit avec « la sensation de mal de mer », et vomissements. Amaigrissement marqué.*

Peu à peu, à ces troubles nerveux font suite des troubles psychi-

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et BOURGEOIS : L'insuffisance hépatique dans les psychopathies aiguës révélée par l'épreuve du rose-bengale (*Arch. de Neurologie*, Tome II, vol. 1, juin-juillet 1928, p. 23).

(2) DESPLATS et DALSACE : Les biles noires (*Presse médicale*, 12 juillet 1930).

(3) CHIRAY et ZITZERMANN : Etats mélancoliques, atonie vésiculaire et stase biliaire (*Presse Méd.*, 18 juin 1930).

Samuel ZITZERMANN : Rapport des études mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire. La bile noire (*Thèse de Paris*, 1929, L. Beresniak, éditeur).

ques. « Le moral se prend ». La malade, jusque-là gaie, extrêmement active, optimiste, devient sombre, inquiète, « je ne voyais plus, dit-elle, que le mauvais côté des choses ». Anxiété continuelle : craintes de ne plus pouvoir travailler, peur de ne pas donner satisfaction à ses chefs, « je redoutais la vie, ajoute-t-elle, moi qui autrefois n'avais peur de rien ». Caractère instable, avec des sautes d'humeur. En même temps la malade souffre de plus en plus de la région épigastrique et de l'hypocondre droit. Elle est alors examinée par le Dr Dalsace, qui rapporte ces troubles à une atteinte cholécystique, et confie la malade au Dr Desplats, qui l'opère en février 1931 : intervention sur la vésicule biliaire. Grosse vésicule, épiploon infecté, réséqué ; péricholécystite ; périoduodénite et péripylorite. Libération des adhérences. Cholécystostomie avec drainage. Flots de *bile noire*.

Après l'opération, amélioration considérable. « J'ai eu, à ce moment, dit la malade, un mieux étonnant, aussi bien *au point de vue moral que physique*, je revoyais les choses avec optimisme. Je recommençais à rire, à bavarder, à faire des projets. » Se marie en décembre 1931. En très bonne santé physique et morale.

Mais en mai 1932, apparaît une spondylite vertébrale, puis, en même temps, la malade redevient sombre, anxieuse, instable, enfin elle fait une *tentative de suicide* (coups de revolver, blessure thoracique, etc...); se remet de cet accident, mais de nouveaux troubles digestifs, vomissements de *bile noire*, etc...

Cette histoire clinique est donc très caractéristique : à la suite de réactions appendiculaires puis cholécystiques, apparaissent des troubles nerveux (vertiges), puis mentaux (anxiété), *ceux-ci sont remarquablement améliorés, et disparaissent même complètement après un drainage de la vésicule biliaire, drainage donnant issue à une bile noire*, mais ils reparaissent ensuite à la suite d'une spondylite et en même temps que de nouveaux accidents digestifs.

Le parallélisme est donc extrêmement frappant entre les troubles biliaires et l'anxiété. Toutefois, comme nous l'avons rapporté plus haut, il existe aussi chez cette malade d'autres facteurs étiologiques : le terrain héréditaire et constitutionnel, *terrain non seulement nerveux, mais aussi hépatique* (frère atteint d'une psychose grave à la suite d'un ictère et interné), elle-même nerveuse dès l'enfance, sujette à des céphalées et à des névralgies. Mais ces faits n'infirmant pas l'intérêt étiologique des perturbations hépatiques. Ils montrent même qu'il peut exister un *terrain hépatique* comme il existe un *terrain nerveux*.

OBS. II. — M. M..., 60 ans (Résumé).

Début des troubles il y a un an : chocs affectifs (perte de sa situa-

tion, épisodes sentimentaux), fatigue, dépression nerveuse, troubles digestifs...

Ensuite, en décembre dernier, apparaît une crise douloureuse à l'hypocondre droit, crise violente, tenant le malade courbé (colique hépatique). Deux autres crises identiques se succèdent à un court intervalle.

En même temps s'installe une insomnie tenace et un *état anxieux* de plus en plus accusé (se voit perdu, interprétations multiples à base anxieuse, grand accès anxieux dans une ville d'eau ayant nécessité l'hospitalisation du malade dans une maison de santé).

A noter, un accès dépressif analogue à l'âge de 30 ans, marqué également par l'intrication de troubles nerveux et digestifs.

On peut noter dans cette observation l'apparition des accidents hépatiques et nerveux à la suite d'émotions. Ce fait nous a paru fréquent (1). Nous avons observé à plusieurs reprises des accidents cholécystiques parfois sérieux déclanchés à la suite d'une émotion. On connaît d'ailleurs de longue date l'ictère émotif. L'émotion agit en général, en pareil cas, comme cause occasionnelle chez des sujets présentant antérieurement un foie sensible ou déjà malade. La perturbation hépatique déclanchée retentit à son tour par un mécanisme humoral encore inconnu sur l'état nerveux. Il est intéressant de souligner cette intrication hépato-nerveuse, dans les deux sens.

OBS. III. — M. Pe..., 55 ans, mécanicien (Résumé).

Malade présentant un long passé hépatique : depuis l'âge de 26 ans, crises fréquentes et graves de coliques hépatiques, parfois deux ou trois crises par année. Dans l'intervalle, le malade garde l'aspect d'un biliaire : teint bronzé, subictère fréquent des conjonctives, et, depuis 1932, *signes d'intoxication biliaire* (prurit intense, amaigrissement de 78 à 55 kilos).

Soigné en 1933 à l'Hôpital Saint-Antoine : tubage duodénal pratiqué par le D<sup>r</sup> Chabrol, puis cholécystectomie en janvier 1933 par le D<sup>r</sup> Grégoire. Aussitôt après l'opération, le malade est amélioré physiquement (mange mieux, le prurit disparaît). Mais apparition, progressive d'abord, d'une *asthénie profonde* puis de troubles nerveux dépressifs et d'anxiété : « Je me sentais las, je n'avais plus de volonté, le bruit m'agaçait, je devenais neurasthénique avec dégoût de tout, je ne voulais pas rester seul. » Il éprouvait, en outre, des vertiges, des

(1) Il cadre bien avec les belles observations de Desplats et Dalsace où ces auteurs signalent particulièrement l'influence des émotions sur la réapparition de la bile noire chez leurs opérés atteints de ce syndrome décrit par eux.

éblouissements, « il vacillait comme un homme ivre ». Puis apparaissent des idées noires, un dégoût de la vie, des inquiétudes d'avenir...

Enfin, l'anxiété progressive aboutit à une *tentative de suicide* (coup de revolver à la tempe droite). Pas de blessure cérébrale grave. Le malade se rétablit de sa blessure et nous est adressé à la consultation externe de la Maison Nationale de Santé par le D<sup>r</sup> Drevet, le 15 mai 1934.

Lors de notre premier examen, le malade est encore déprimé. Un tubage duodénal est pratiqué le 22 mai (compte rendu ci-dessous). Peu à peu, dans la suite, amélioration progressive physique et mentale.

En résumé, nous retrouvons dans cette observation les mêmes stades évolutifs déjà signalés : un long passé hépatique avec de nombreux accidents cholécystiques, puis un stade de troubles nerveux (fatigue, vertiges, etc...), enfin, un stade de troubles mentaux (anxiété, tentative de suicide). Cette succession dans le temps des troubles nerveux simples, puis mentaux, est très fréquente dans les intoxications prolongées, et l'un de nous a insisté à maintes reprises sur ces faits.

Notons enfin, que, chez ce dernier malade, les troubles nerveux et mentaux ont fait leur apparition après ablation de la vésicule, et après amélioration apparente des troubles hépatiques. Cette constatation est à rapprocher des cas que nous avons fréquemment observés, où l'on voit des psychoses survenir après des ictères, mais seulement après disparition de l'ictère. On retrouve là un exemple nouveau de cette loi du balancement entre les troubles physiques et mentaux, et de ces substitutions morbides bien connues des vieux auteurs. Peut-être, d'ailleurs, en ce qui concerne l'appareil biliaire, ces phénomènes en apparence paradoxaux peuvent-ils s'expliquer par la résorption plus marquée de produits toxiques, immédiatement après la fin de l'ictère, ou après le « déblocage » de la rétention biliaire. Cette hypothèse serait confirmée par la constatation, faite fréquemment par l'un de nous (Camus), de l'apparition d'une fatigue intense immédiatement après certains tubages duodénaux (fatigue qui lui a paru évitée par des lavages au sérum artificiel). Ces faits plaideraient en faveur de résorptions toxiques tardives.

## II. DONNÉES PHYSIOLOGIQUES

Lorsque l'on consulte les opinions des physiologistes sur la toxicité de la bile, on est frappé des résultats tout à fait divergents apportés par les expérimentateurs : c'est ainsi que Claude Bernard (1) considère la bile comme relativement peu toxique chez l'animal, mais comme déterminant toutefois un ralentissement du pouls. Par contre, Déidier (1722), et surtout Magendie, Diesch, Prévost et Binet (2), attribuent à la bile une grande toxicité, en déterminant notamment des troubles cardiaques, respiratoires, et la mort des animaux. Von Dusch a provoqué chez certains lapins, après injection de bile, des convulsions tétaniques.

Cependant, ces conclusions sont critiquées par Liégeois, Goupil, Bouisson, C. Frerich, etc...

Les mêmes résultats contradictoires se retrouvent en ce qui concerne la toxicité respective des éléments constitutifs de la bile : Bouchard et Tapret, Gley attribuent une action prépondérante aux pigments biliaries. Pour beaucoup d'autres auteurs ce sont les sels biliaries qui doivent être principalement tenus pour responsables des accidents toxiques, notamment des accidents cardiaques (Rohrig, Feltz et Ritter).

Cependant les recherches récentes de Chabrol, Bénard et Bariéty (3), et le travail d'ensemble très important de Bariéty (4), aboutissent sur ce sujet à des conclusions très dubitatives.

On voit d'après ce qui précède, que l'action de la bile et de ses constituants sur le système nerveux reste encore très obscure.

Nous nous sommes attachés à l'étude systématique de cette question en expérimentant comparativement : la bile animale, la bile humaine de tubage duodénal, les pigments et les sels biliaries.

Deux d'entre nous ont rapporté, dans un travail antérieur, les résultats de ces recherches en ce qui concerne surtout les troubles moteurs et psycho-moteurs (5). Nous nous limiterons dans

(1) *Leçons sur les propriétés physiologiques des liquides de l'organisme*. Baillière, 1859, p. 188, T. II.

(2) Cités in GILBERT et CARNOT. Les fonctions hépatiques. Masson, éditeur.

(3) CHABROL, H. BÉNARD et BARIÉTY : Recherches sur les sels biliaries en pathologie hépatique. *Presse Médicale*, 7 juillet 1928.

(4) BARIÉTY : Des sels biliaries. Méthodes de caractérisation. Etude physioclinique. *Thèse Paris*, 1927, Arnette, éd.

(5) H. BARUK et L. CAMUS : Sur une variété de catalepsie biliaire expérimentale. *Ann. Méd. Psych.*, déc. 1934.

le présent travail à l'étude *expérimentale* des troubles neuro-végétatifs biliaires, en cherchant à déterminer ensuite si l'on peut faire des rapprochements entre les données expérimentales et l'anxiété biliaire observée en clinique. Nous étudierons successivement l'action de la bile totale, puis l'action de ses constituants, notamment celle des sels biliaires.

A) ACTION EXPÉRIMENTALE DE LA BILE ANIMALE  
ET DE LA BILE HUMAINE SUR LES CENTRES NEURO-VÉGÉTATIFS

Nous avons observé au cours d'expériences antérieures soit avec la bile vésiculaire animale de bœuf ou de porc, soit avec de la bile humaine de tube duodénal, des troubles neuro-végétatifs parfois très impressionnants consistant :

1° tantôt dans une accélération respiratoire ;

2° tantôt dans un ralentissement respiratoire accentué avec modification du rythme respiratoire. L'inspiration devient lente, difficile, suspicieuse et l'expiration est au contraire d'une brièveté et d'une brusquerie extrême pouvant donner l'impression d'un véritable hoquet. Ces troubles sont surtout nets chez le pigeon, mais ils peuvent être observés aussi chez d'autres animaux, le cobaye, la souris, etc... Lorsque le trouble respiratoire est très accentué, on peut voir l'animal saisi d'une véritable angoisse et fuyant comme pour chercher de l'air.

Toutefois ces accidents sont inconstants, et semblent varier suivant les biles expérimentées. C'est pourquoi nous nous sommes demandé si certaines biles n'étaient pas douées plus que d'autres d'une toxicité *neuro-végétative spéciale*. Il nous a paru intéressant à ce sujet, de comparer aux résultats déjà obtenus avec les biles duodénales de nombreux sujets sains ou pathologiques, la bile duodénale recueillie au cours même d'une grande période anxieuse chez un hépatique. C'est pourquoi nous avons recueilli les biles A, B, C, du malade de notre observation III (M. Pe...), et injecté ces biles aux animaux.

Voici les protocoles de ces expériences :

PROTOCOLE N° 1

*Souris.* — 14 h. 15. Souris A, pesant 20 gr. (injection sous-cutanée de 1 cc.). — Souris B, pesant 25 gr. (injection sous-cutanée de 1/2 cc.). — Souris C, pesant 25 gr. (injection sous-cutanée de 1/2 cc.). — Souris D, pesant 18 gr. (injection sous-cutanée de 1/2 cc.).

*Souris A.* — Rapidement après l'injection, la *souris A* s'affaisse, semble parésiée ; elle présente un *ralentissement respiratoire* important avec des respirations brusques et saccadées. On peut la faire tomber sur le côté sans qu'elle se redresse. — A 14 h. 45, l'animal meurt, tué en 1/2 heure.

*Des souris B, C et D* injectées successivement, 2 d'entre elles (B et C) sont affaissées et immobiles avec une *respiration rapide*. Elles donnent un peu l'aspect du sommeil. On peut très momentanément réveiller leur activité. On n'observe pas de *paralyse*, ni même de parésie, sauf pour la souris B dont la patte correspondant à la piqure reste immobile, gonflée de sang. La *souris B* présente également un tableau de sommeil, mais, en outre, par moments, la queue se soulève dans une sorte de spasme, et vient se projeter sur tout le corps de l'animal, ce qui entraîne une sorte d'agitation durant laquelle l'animal se mord la queue et appuie ses pattes dessus. — 15 h. 05. La souris B cesse d'avoir des crises ; les 2 autres souris ont gardé le même aspect. On peut toujours les réveiller. — 15 h. 30. Nouvelle crise de la souris B. — 16 h. 25. Mort de la *souris B*. Même état des 2 autres. Les souris C et D sont trouvées mortes le lendemain matin.

EN RÉSUMÉ : *Souris A* : mort foudroyante avec *gros troubles respiratoires* et paralytiques d'emblée.

*Souris B, C, D* : état de torpeur d'où ces animaux peuvent sortir. Pas de paralysies.

Troubles spéciaux pour la souris B. Mort en quelques heures.

## PROTOCOLE N° 2

*Cobaye.* — 14 h. 25. Cobaye pesant 790 gr. Injection sous-cutanée de 10 cc. — 15 h. 15. Il paraît très peu touché. Léger engourdissement. Immobilité relative. Aucun trouble net. — 16 h. 15. L'immobilité s'accroît. L'animal reste toujours à la même place. Sorte de stupeur, mais aucun symptôme de la série cataleptique. — 16 h. 45. Nouvelle injection de 10 cc. — 16 h. 55. Ne semble pas très touché. Aucune tendance à la paralysie ni à la catalepsie. *Pas de dyspnée.* — 19 heures. *Respiration brusque, saccadée.*

EN RÉSUMÉ : Cobaye ayant reçu 20 cc. en 2 fois, semble n'avoir présenté que des *troubles respiratoires* assez tardifs ; respirations courtes et brusques.

## PROTOCOLE N° 3

*Pigeon.* — 14 h. 30. Injection sous-cutanée de 2 cc. 1/2. — 15 h. 20. Pas de phase de sommeil ni d'agitation. Vole, semble normal. — 15 h. 40. Nouvelle injection de 3 cc. 1/2. — 15 h. 48. Il hérisse les plumes du cou et rentre la tête dans les épaules. Il est plus raide sur ses



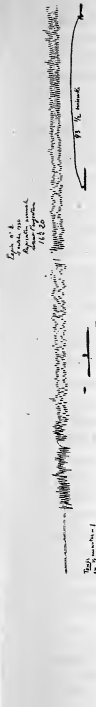


Fig. 1. — Respiration normale du lapin avant l'injection.

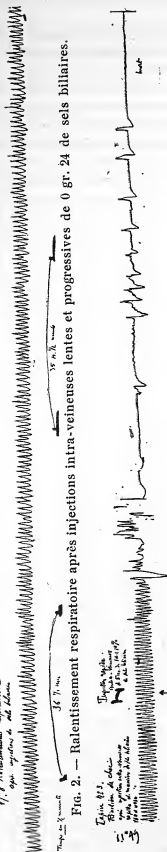


Fig. 2. — Ralentissement respiratoire après injections intra-veineuses lentes et progressives de 0 gr. 24 de sels biliaires.

Fig. 3. — Réaction de choc après injection intra-veineuse rapide et massive de sels biliaires.

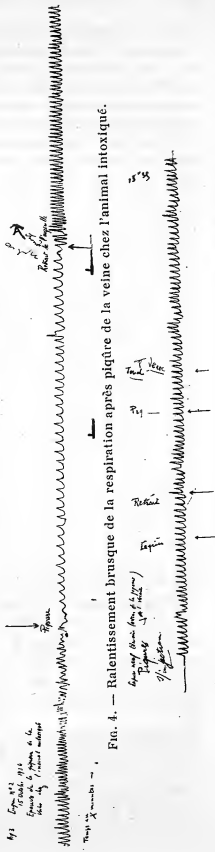


Fig. 4. — Ralentissement brusque de la respiration après piqure de la veine chez l'animal intoxiqué.

Fig. 5. — Animal témoin : pas de ralentissement respiratoire à la piqure de la veine.

pattes et ne s'échappe plus de son perchoir quand on cherche à lui faire peur. — 15 h. 55. Un peu engourdi, mais pas de catalepsie. — 16 h. 05. Court stade parétique durant lequel l'animal reste aplati, les pattes repliées sous lui. Ne réagit à aucune excitation auditive, visuelle, ou même tactile assez brutale. *La respiration est haletante* et s'accompagne d'un balancement rythmé de tout le corps en avant et en arrière. — 16 h. 10. L'animal s'affaisse de nouveau. Il est *de plus en plus haletant*. Les paupières deviennent clignotantes. On note un tremblement menu de la tête qui s'ajoute au balancement rythmé du corps. — 16 h. 22. L'aile gauche se soulève avec un gros tremblement portant sur tout le corps. L'animal s'affaisse sur le côté droit. *La respiration est toujours très saccadée*. — 16 h. 30. On approche la main, le pigeon soulève la patte gauche qui reste animée d'une sorte de trémulation clonique. — 16 h. 45. Toujours affaissé sur le côté droit, l'animal est maintenant animé d'un tremblement intense et extrêmement rapide. — 16 h. 50. La dyspnée s'accroît de plus en plus. Puis la paupière inférieure se ferme d'un seul coup, sans clignotement. La tête se replie sous le corps. Agonie. Mort.

EN RÉSUMÉ : Pigeon ayant reçu 6 cc. Mort en 2 heures et demie, après avoir présenté :

- de la stupeur ;
- du tremblement ;
- des troubles respiratoires intenses et apparus rapidement.

Ainsi donc les expériences précédentes montrent que la bile de tubage duodénal de notre malade en état d'anxiété a provoqué chez les animaux des troubles végétatifs particulièrement intenses : ces troubles ont surtout consisté en des perturbations respiratoires (1), dyspnée, bradypnée, respiration saccadée, qui plus ou moins associées à des tremblements, parfois à des spasmes musculaires, précèdent souvent la mort des animaux.

A quoi est due cette action sur l'appareil végétatif ? Les recherches préalables de deux d'entre nous (2) ayant attiré notre attention sur le rôle particulièrement important à ce sujet des sels biliaires, nous avons cherché à préciser cette action au moyen des recherches systématiques suivantes.

(1) Rappelons que la notion de ralentissement respiratoire consécutif à l'intoxication biliaire a, jusqu'à présent, peu retenu l'attention, comparativement à la question si discutée de la bradycardie biliaire.

La bradypnée est cependant mentionnée incidemment par quelques auteurs. Surmont, d'autre part, a signalé que les urines des ictériques ont la propriété de diminuer d'une façon notable le nombre des mouvements respiratoires chez les animaux auxquels on les injecte. (Cité par H. Roger in *Pathologie générale*, de Bouchard. T. I, p. 798).

(2) H. BARUK et L. CAMUS (*loco citato*).

## B) ACTION EXPÉRIMENTALE DES SELS BILIAIRES SUR LES CENTRES NEURO-VÉGÉTATIFS

Nous avons cherché à préciser par inscription graphique l'action des sels biliaires sur la respiration. Nous avons à cet effet injecté à des lapins, par voie sous-cutanée ou dans la veine marginale de l'oreille, des solutions de sels biliaires (1) et enregistré à l'aide d'un pneumographe la courbe respiratoire de l'animal durant plusieurs heures après l'injection et même une fois le lendemain de celle-ci.

Nous avons toujours expérimenté sur l'animal simplement immobilisé, *mais non anesthésié*, afin d'éviter les causes d'erreur résultant de l'intoxication de l'anesthésique. Ces expériences comportent plusieurs difficultés préliminaires : il faut connaître d'abord la respiration normale du lapin. Or, celle-ci nous a paru très variable suivant chaque animal. Chez 5 lapins étudiés à ce sujet nous avons observé des rythmes respiratoires de 64 à la minute jusqu'à 180 et plus. Le plus souvent cependant (4 fois sur 5) le rythme respiratoire dépassait 100. Chez chaque animal, le rythme respiratoire s'est montré assez constant durant les heures où il a été soumis à notre observation sans qu'il soit modifié par l'immobilisation prolongée et la fixation de l'animal sur la planche. Par contre la compression ou l'étiement du cou ralentit notablement mais momentanément la respiration.

Ces données sont indispensables à préciser pour apprécier les modifications respiratoires susceptibles de se produire chez l'animal intoxiqué par les sels biliaires.

Une première erreur doit être évitée, signalée d'ailleurs par divers expérimentateurs, notamment par Bariéty, c'est de confondre une simple réaction de choc avec un ralentissement respiratoire toxique : en réalité il est extrêmement facile de différencier ces deux manifestations. La réaction de choc est *immédiate* après l'injection, le blocage respiratoire est brutal et peut aboutir rapidement à la mort comme nous l'avons observé après une injection intra-veineuse très rapidement poussée de 5 cc. de solution à 10 % de sels biliaires (fig. 3).

Au contraire, la véritable action toxique est lente, progressive. Nous en avons observé un bel exemple chez un lapin pesant

(1) Ces solutions étaient faites avec du glycocholate et taurocholate de soude dans la proportion de 4 pour 1. Nous remercions vivement M. Dumesnil, Pharmacien-Chef de la Maison Nationale de Santé qui nous a préparé toutes ces solutions.

2 kg 300. Une injection intra-veineuse de 0 gr. 24 de sels biliaires en 3 fois de 10 minutes en 10 minutes a provoqué un ralentissement progressif de la respiration dont le rythme est tombé au bout d'une demi-heure avant l'injection à 70 par minute (fig. 1 et 2). Le lendemain, le rythme respiratoire était redevenu normal. Cependant le lapin est mort deux jours après.

Toutefois cette action toxique des sels biliaires sur le rythme respiratoire est assez inconstante : en utilisant des doses différentes et plus faibles, les réponses n'ont pas été aussi nettes chez trois autres lapins et sont restées nulles chez un cinquième lapin à la suite d'une injection unique de 0 gr. 10 (1 cc. de la solution à 10 %).

A noter que l'essai avec des injections *sous-cutanées* sur un animal avec des doses plus faibles (10 cc. d'une solution à 9/1.000 et 5 cc. d'une solution à 3 1/2 pour 1.000, avaient provoqué un ralentissement du rythme très passager (de 64 à 50 par minute) et surtout avec modifications de la *forme* de la courbe respiratoire avec inspiration courte et expiration brusque. Une injection d'eau distillée faite dans les mêmes conditions n'amenait aucune modification du rythme.

En résumé, nous avons cherché à préciser l'action des sels biliaires sur les centres neuro-végétatifs respiratoires, tant par injection intra-veineuse qu'en injection sous-cutanée. Les injections intra-veineuses nous ont semblé entraîner un ralentissement respiratoire assez durable à condition d'employer des doses suffisantes. Quant à l'injection sous-cutanée, les faibles doses que nous avons employées nous ont semblé provoquer des modifications intéressantes, qui ne paraissent pas liées à l'élément douleur, comme nous avons pu nous en assurer par l'injection comparative d'eau distillée.

Ces faits feront l'objet d'une prochaine étude.

En dehors de cette action sur le rythme respiratoire, nous avons remarqué chez *deux de nos animaux, au cours de l'intoxication biliaire, des réactions extrêmement curieuses à la piqûre de la veine* : il suffit, en effet, de piquer la veine (sans qu'il soit fait aucune injection) pour provoquer immédiatement un *ralentissement respiratoire impressionnant*. Cette bradypnée se maintient tout le temps que l'aiguille reste enfoncée dans la veine. Par contre, le rythme respiratoire se rétablit immédiatement après le retrait de l'aiguille. Une telle réaction semble bien liée à l'intoxication biliaire, car nous n'avons observé rien de semblable chez un lapin neuf après piqûre de la veine dans les mêmes conditions (fig. 4 et 5).



En résumé, l'observation clinique met en évidence certains cas dans lesquels les poussées anxieuses ou mélancoliques présentent un parallélisme frappant avec des phases de perturbations des fonctions biliaires. L'expérimentation nous a montré que la bile humaine ou animale peut provoquer des troubles neuro-végétatifs importants : à côté des troubles du rythme cardiaque bien connus, les troubles du rythme respiratoire nous ont paru mériter de retenir tout spécialement l'attention, et nous avons pu observer chez l'animal une véritable dyspnée et une angoisse biliaire.

Il nous paraît intéressant de rapprocher ces données cliniques et expérimentales. Il semble, d'ailleurs, d'après notre expérimentation que les sels biliaires soient susceptibles chez l'animal, non seulement de perturber parfois profondément les centres neuro-végétatifs dans leur fonctionnement, mais encore de les *sensibiliser à certaines excitations réflexes* (et aussi peut-être psychiques). Ainsi peuvent s'expliquer les réactions émotives si spéciales de certains sujets intoxiqués.

Comment peut agir cette intoxication biliaire sur les fonctions neuro-végétatives ? On pourrait se demander *a priori* si cette action ne s'exerce pas surtout sur les rameaux périphériques du pneumogastrique, ce qui permettrait de comprendre les troubles du rythme cardiaque et respiratoire. Nous ne pensons pas que cette hypothèse de l'atteinte exclusive du système végétatif périphérique soit suffisante. Les expériences de Rohring et Wemtrand ont montré d'ailleurs l'intervention des perturbations de l'origine centrale du pneumogastrique. Il nous semble donc beaucoup plus vraisemblable d'admettre que l'*intoxication biliaire peut agir directement sur les centres neuro-végétatifs* de la base du cerveau, déterminant ainsi à la fois des perturbations des diverses fonctions végétatives viscérales (cardiaques, respiratoires), et de l'anxiété.

Nos recherches nous avaient conduits à cette hypothèse pathogénique, lorsque nous avons pris connaissance d'un important travail de Lathan Crandall et Arthur Weil (1), effectué à l'Institut de Neurologie de Chicago. Ces auteurs ont réalisé

(1) LATHAN A. CRANDALL et ARTHUR WEIL : Pathology of central nervous system of diseases of the liver. *Archives of Neurology and Psychiatry*. May 1933, vol. 29, p. 1066-1083, et Publications from the Institute of Neurology. Northwestern University Medical School Chicago, Vol. V, 1933.

expérimentalement chez le chien et le rat une intoxication biliaire par ligature du canal cholédoque. Ils ont pu mettre en évidence, chez plusieurs chiens ainsi intoxiqués, des lésions remarquables, notamment au niveau des ganglions de la base du cerveau, des corps striés, et de la paroi des ventricules. D'autre part, à partir du 4<sup>e</sup> jour après le début de l'intoxication, apparaît dans le sérum des animaux intoxiqués des toxines neurotropes exerçant une action destructive *in vitro* sur des fragments de tissu nerveux. A la suite de ces belles expériences, L. Crandall et A. Weil pensent que les toxines liées à la rétention biliaire sont éliminées par les plexus choroïdes et par les petits vaisseaux cérébraux. Il ressort donc de ces diverses recherches et des nôtres que l'intoxication biliaire peut avoir un important retentissement sur les fonctions cérébrales en perturbant notamment les centres végétatifs de la base du cerveau (1). Ces données physiologiques peuvent être rapprochées de la notion de l'anxiété biliaire, qui mérite, pensons-nous, de retenir l'attention des cliniciens et des biologistes.

(1) Il faudrait toutefois se garder de considérer le retentissement central de l'intoxication biliaire sous l'angle de localisations trop exclusives. L. Crandall et A. Weil ont observé également des petites lésions corticales chez leurs animaux intoxiqués. Comme dans la plupart des intoxications, l'action toxique s'exerce plus ou moins sur tout le système nerveux central et périphérique, comme en témoignent les troubles psycho-moteurs, la somnolence, les paralysies périphériques biliaires. Il semble même que la bile exerce son action directement sur l'appareil musculaire, comme l'a montré Eckart, qui a comparé son action à celle du curare. Rappelons d'ailleurs que, si Eckart a insisté sur l'action excitante de la bile sur le muscle strié, Schiffa a noté que l'excitation produite par la bile est beaucoup plus considérable sur les muscles lisses, et sur ceux de la vie végétative, ce qui peut encore expliquer certaines angoisses ou anxiétés.

---

# LE ROLE DU METABOLISME DU CHLORE DANS L'ANOREXIE ET LA SITIOPHOBIE DE CERTAINS MALADES (1)

PAR

MARES CAHANE

L'anorexie et la sitiophobie sont des symptômes qu'on rencontre assez fréquemment chez certains malades paranoïaques, mélancoliques, etc. Le refus des aliments ou des boissons est une conséquence logique du délire de persécution, ou de l'anxiété, du malade et on peut dire que le facteur psychique est au premier plan. Le même facteur interviendrait dans l'anorexie mentale de certains enfants et adultes où on ne constate aucun trouble psychique.

Sans nier l'importance du facteur psychique, il y a une catégorie de malades où nous croyons qu'interviennent des modifications métaboliques importantes.

Nous avons eu l'occasion d'étudier une série de malades qui présentaient des psychoses, aiguës, oniriques, avec état fébrile et augmentation du taux de l'urée sanguine. Chez certains de ces malades, nous avons pu constater une sitiophobie absolue avec une odeur d'acétone, état saburral des voies digestives et surtout des fuliginosités sur les muqueuses gingivale et labiale.

L'état général, l'amaigrissement rapide de ces malades dû à l'inanition nous obligeaient de recourir au cathéterisme œsophagien.

Or, chez certains de ces malades azotémiques; nous avons trouvé des modifications du métabolisme du chlore qui nous ont suggéré l'idée d'intervenir par une thérapeutique appropriée (2).

Les modifications de la répartition et de l'élimination du

(1) Travail de la Section neuro-psychiatrique de l'Hôpital-Diclosân martin.

(2) Sur le traitement de l'azotémie de certaines psychoses aiguës. — *Ann. Méd. Psych.*, n° 1, octobre 1933.

chlore, de l'organisme malade ainsi que le succès de la thérapeutique instaurée, nous ont incité à rechercher s'il n'existe pas une relation entre les états anorexiques et le métabolisme du chlore.

A l'appui de cette constatation, nous croyons intéressant de faire connaître les résultats suivants :

Dans nos cas, le chlore globulaire et plasmatique était variable ; chez certains malades, nous avons pu trouver une augmentation du chlore plasmatique et surtout globulaire.

Le chlore globulaire a varié entre 1,86 et 2,63 ‰, le chlore plasmatique a oscillé entre 3,02 et 3,80 ‰, les moyennes chez 5 malades furent de 1,81 et 3,63 ‰.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer dans les notes antérieures, le chlore de l'urine était toujours diminué.

Voici un résumé de l'observation du malade S. J., âgé de 32 années.

Dans les antécédents personnels, on doit noter un choc émotif. Le malade présente un syndrome toxi-infectieux, avec état onirique, hallucinations, agitation extrême et insomnie.

Dates	Chlore globulaire	Chlore plasmatique	Chlore de l'urine
21 juin ....	2,23 0/00	3,72 0/00	
29 juin ....	2,31 0/00	3,34 0/00	2,23 0/00

Le malade refuse l'alimentation, anorexie et sitiophobie. On pratique un traitement par le chlorure de sodium à 20 0/0 par voie intraveineuse.

Dates	Chlore globulaire	Chlore plasmatique	Chlore de l'urine
3 juillet ..	2,51 0/00	4,48 0/00	4,89 0/00
6 juillet ...	—	—	8,07 0/00
13 juillet ...	1,40 0/00	3,02 0/00	15,00 0/00

On interrompt le traitement chloruré et le chlore de l'urine revient à 6,92, l'urée de l'urine a augmenté dans cet intervalle de 11,20 0/00 à 16,40 0/00.

Le malade commence à s'alimenter de mieux en mieux, cesse d'abord de refuser les aliments, surtout le lait qu'on lui sert, puis demande lui-même et se nourrit avec ses mains. L'état psychique est aussi meilleur. Au bout de deux mois, il part guéri.

Une autre malade, A. G., âgée de 26 années, présente un état semblable, syndrome toxi-infectieux onirique apparu dans la période de lactation. Hallucinations, agitation extrême, insomnie rebelle à tous les hypnotiques. La bouche exhale une odeur fétide, fuliginosités sur les dents, les lèvres et la langue. Constipation opiniâtre, rétention



d'urine. Refus complet des aliments, même du lait. Nous sommes obligés d'alimenter la malade avec la sonde.

Un premier examen du chlore de l'urine nous donne 5,30 0/00, un deuxième examen 2,50 0/00. Nous instituons le traitement chloruré ; après les injections intra-veineuses de sel hypertonique à 20 0/0, la malade présente une soif impressionnante. Jusqu'à maintenant, nous avons essayé tous les moyens pour la faire boire une tasse de lait ; après l'injection, tout en étant dans un état onirique, elle saute du lit, se jette sur la tasse qui se trouve dans les mains d'une infirmière, la prend avec ses mains et boit le contenu avidement.

La malade commence à s'alimenter elle-même, l'état général s'améliore lentement. Nous trouvons les chiffres suivants de chlore de l'urine : 29 juin, 5 0/00 ; 3 juillet, 6,1 0/00 ; 6 juillet, 8,5 0/00.

Une autre malade, M. R., âgée de 24 années, présente une mélancolie avec anxiété. Anorexie. Le chlore de l'urine est de 3,64 0/00. Traitement chloruré. La malade commence à s'alimenter ; ne refuse plus les aliments. Le chlore de l'urine est 9,80 0/00.

Chez d'autres malades anorexiques, bien que le métabolisme du chlore ne montrait pas des indications pour un traitement chloruré, nous l'avons essayé.

C'est ainsi chez la malade H. A., où le chlore globulaire était de 1,96 0/00, le chlore plasmatique 3,50 0/00 et le chlore de l'urine 10 0/00. Chez la malade K. J., le chlore globulaire était de 1,86, le chlore plasmatique de 3,60 0/00 et le chlore de l'urine était de 13,36 0/00. Chez la malade H. S., le chlore globulaire était de 2,63, le chlore plasmatique, de 3,80 et le chlore de l'urine était de 8 0/00. Chez d'autres malades semblables, nous avons associé avec succès le traitement insulinique.

Nous nous permettons de rappeler le cas de néphrite chronique qui a présenté des phénomènes urémiques graves liés à une hypochlorémie, publié par H. Chabanier, C. Lobo-Onell, P. Lieutaud et E. Lelu (1).

Une infection ascendante fait apparaître des symptômes urémiques avec intolérance gastrique à peu près absolue. L'état général commence à s'altérer rapidement, la langue devient sèche avec muguet, l'urée du sang est de 5,42, le chlore plasmatique 2,50, le chlore globulaire, 1,15 0/00. Après injection de 20 gr. de ClNa dans la veine, la diurèse commence à se déclencher et l'état général s'améliore, les extrémités se réchauffent, émission abondante de gaz, etc. Plus tard, une soif intense s'installe, que le malade peut satisfaire à son gré. La diurèse augmente, le chlore de l'urine est 2,30 0/00.

D'après ces dates, nous pouvons affirmer qu'il y a une relation entre certains états d'anorexie, et le métabolisme du chlore.

(1) *Presse Méd.*, n° 23, mai 1934.

Dans le cas des auteurs suscités, on trouve une hypochlorémie. Dans nos cas, c'est plutôt une rétention de chlore avec un déplacement du chlore vers les tissus (1). Les symptômes d'anorexie et de sitiophobie sont probablement en relation avec certains centres végétatifs qui sont influencés par le chlore.

C'est possible qu'une diminution ou une augmentation du chlore dans les tissus respectifs peut déclencher des symptômes semblables. Le traitement chloruré qui agit sur le rein en rétablit la perméabilité et en même temps, avec le chlore, s'éliminent les autres substances toxiques.

Dans le cas de M. Chabanier et ses collaborateurs, l'administration de chlore a eu une action sédatrice sur les centres nerveux, centre du vomissement, centre respiratoire, etc.

Au moment où nous venions de terminer nos constatations, nous avons pris connaissance de l'intéressante leçon de M. Henri Baruk sur l'anorexie mentale et les névroses dysphagiques.

Chez les malades observés qui n'ont pas présenté des troubles psychiques, l'auteur a pu trouver une diminution de toutes les activités biologiques : le pouls est petit, la tension artérielle est très basse, l'appétit minime, les urines sont peu abondantes, la constipation est de règle, on note une frilosité marquée, du refroidissement des extrémités, etc.

L'examen du sang et de l'urine n'a pas montré des modifications pathologiques notables, la calcémie était le plus souvent normale ainsi que le pH et la réserve alcaline. Le mécanisme pathogénique n'est pas connu.

L'auteur a montré le rôle considérable des facteurs psychiques et nerveux et suppose que des centres végétatifs importants du cerveau exerceraient une action sur le fonctionnement viscéral, sur le fonctionnement digestif en particulier.

Nos données complètent cette idée et font penser que, dans certains états anoréxiques, peut intervenir un trouble du métabolisme du chlore.

L'hypothèse que dans certains centres nerveux une concentration optimale du chlore est nécessaire, est plausible. Une concentration en plus ou en moins de chlore pouvait déterminer des troubles végétatifs (inappétence, anorexie, sitiophobie).

Il serait intéressant d'étudier le métabolisme du chlore dans tous les états semblables, dans toutes les névroses d'alimentation ainsi que dans l'anorexie mentale des nourrissons où le facteur psychique ne paraît pas avoir trop d'importance.

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, n° 5, déc. 1932.

# LE DOSAGE DU PHOSPHORE DANS LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN NORMAL ET PATHOLOGIQUE

PAR

DELMAS-MARSALET et R. BARGUES

L'étude du liquide céphalo-rachidien est, à l'heure actuelle, un élément indispensable de l'examen complet d'un psychopathe. Le sujet d'un des rapports présentés au Congrès de Lille, en 1930, par le Professeur Claude, les discussions qui suivirent, un grand nombre de publications récentes, constituent des preuves de l'intérêt qu'y portent les aliénistes.

Il est bien certain, cependant, que, dans un bon nombre de cas, les recherches usuelles (cyto-bactériologie, dosage de l'albumine, du glucose et des chlorures, réactions biologiques diverses...) se montrent insuffisantes et que l'étude d'autres constituants pourrait présenter un intérêt clinique. C'est dans cet espoir que nous nous sommes occupés du dosage du phosphore dans le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique dont nous rapportons ici les résultats.

Nous rappellerons tout d'abord que le phosphore se présente dans l'organisme sous deux formes :

a) phosphore minéral, sels de l'acide phosphorique lié à divers métaux (phosphates de sodium, de potassium, de calcium, etc...) ;

b) phosphore organique comprenant trois fractions : protidique, lipidique et glucidique.

Nous attachant à une étude clinique, voulant obtenir par une méthode simple des résultats d'utilisation pratique, nous avons négligé la différenciation de ces différents produits pour doser les ions phosphoriques. C'est dire que nous laissons de côté tous les problèmes, pourtant passionnants, que soulève la

connaissance du métabolisme phosphoré dont on trouvera mention dans la très intéressante monographie récente de MM. Labbé et Fabrykant : *Le Phosphore*, Masson, éditeur. Nous avons, en somme, fait œuvre, non de chimistes, mais de cliniciens, appliquant des méthodes et des connaissances théoriques dont nous ne prétendons pas discuter la valeur comparée.

Le matériel de nos expériences a été puisé dans les hôpitaux de Bordeaux. Notre maître, M. le professeur Abadie, nous a généreusement ouvert le laboratoire de sa clinique et fourni le liquide céphalo-rachidien des malades de son service. Nos collègues nous ont procuré le liquide prélevé à l'occasion de rachi-anesthésies sur des sujets normaux. Que tous trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

### 1° LA MÉTHODE

Parmi les nombreux procédés de dosage des ions phosphoriques, nous avons choisi la céruléo-molybdimétrie du professeur Denigès dont l'étude complète a été publiée dans les *Annales de chimie*, X<sup>e</sup> série, tome XIII d'avril 1930. Elle est, en effet, d'une grande simplicité et il nous fut facile, grâce à l'obligeance de nos collègues pharmaciens, non seulement de nous initier à sa pratique, mais encore d'obtenir de précieux conseils, un contrôle éclairé et des produits nécessaires, en particulier l'échelle d'étalons colorés utilisés dans le laboratoire même où le procédé vit le jour.

Le professeur Denigès a montré que lorsque l'ion phosphorique se trouve en milieu molybdoso-molybdique il se forme un composé phospho-conjugué du molybdène appelé phospho-conjugué céruléo-molybdique. La formation de ce composé développe une coloration bleue dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de phosphore. Pour l'obtenir, on pratique de la façon suivante :

Dans une éprouvette jaugée à 25 cc., on introduit 1 cc. du liquide céphalo-rachidien ; on ajoute 4 gouttes d'iodure mercurico-potassique (réactif de Tanret répondant à la formule : mettre dans un matras jaugé de 200 cc., 2 gr. 71 de bichlorure de mercure finement pulvérisé, 10 cc. d'eau distillée et 7 gr. 20 d'iodure de potassium. Agiter jusqu'à dissolution et compléter le volume à 200 cc. avec de l'eau. Mélanger ensuite le liquide résultant avec 40 cc. d'acide acétique cristallisable).

On agite pour mélanger, on complète à 25 cc. avec de l'eau, on mélange encore et on filtre.

5 cc. du filtrat sont mis dans un tube à essai, puis additionnés de 10 gouttes du réactif sulfo-molybdique dilué au quart et de 5 à 6 centigrammes de cuivre en tournures. (Le réactif sulfo-molybdique est une solution à 10 % de molybdate d'ammonium, additionnée de son volume d'acide sulfurique concentré. Il bleuit sous l'influence de la lumière et d'un grand nombre de réducteurs. Il faut donc le conserver dans des flacons de verre coloré et à un endroit sombre).

Avec un trait d'encre, on marque sur le tube le point le plus décliné du ménisque inférieur du liquide qu'on porte ensuite à l'ébullition. Celle-ci, une fois obtenue, est maintenue pendant 30 secondes, en agitant constamment le tube.

On laisse refroidir, on ajoute goutte à goutte suffisamment d'eau pour rétablir le volume primitif dans la mesure où il a été diminué par l'ébullition, et on verse le liquide résultant dans le tube destiné à la comparaison colorimétrique avec les étalons (dont nous allons indiquer la nature).

Si le liquide du tube contenant l'essai a une teinte identique à celle du liquide étalon à  $n$  milligrammes de  $P^2O^5$  par litre, c'est que le liquide céphalo-rachidien essayé, dont la dilution est  $1/25$ , contient 25 fois plus de  $P^2O^5$ , soit :  $n$  fois 25 milligrammes par litre.

*Préparation des étalons colorimétriques.* — On prépare à l'avance 100 cc. de solution aqueuse de phosphate disodique contenant des doses de ce sel correspondant à 2, 4, 6, 8, 10, 12 milligrammes de  $P^2O^5$  par litre et obtenues en diluant convenablement une solution mère renfermant, par litre, 5 gr. 042 de phosphate disodique pur et non effleuré, ce qui correspond pour ce même volume d'un litre à un gramme d'anhydride phosphorique,  $P^2O^5$ . Toutes ces solutions phosphoriques, aussi bien les solutions mères que les dilutions, seront conservées à l'abri des moisissures par un petit fragment de camphre.

On introduit 5 cc. de chacune des solutions phosphoriques titrées dans des tubes de verre le plus blanc possible, et l'on provoque la réaction colorée, soit à froid, par addition de réactif sulfo-molybdique (4 gouttes), et de chlorure stanneux (11 gouttes), soit à chaud, suivant les modalités indiquées plus haut.

Les tubes étalons, convenablement bouchés, se conservent un mois environ, sans que leur couleur initiale change d'une manière bien sensible.

On peut, au contraire, avoir des étalons extrêmement stables, insensibles à la chaleur, aux radiations solaires et à la compo-

sition chimique des récipients (présence d'éléments phosphoriques), en ayant recours à une solution ainsi préparée :

Introduire dans un matras jaugé de 50 cc., 3 gr. d'acétate de cuivre cristallisé, 1,80 de sulfate de cobalt cristallisé et 2 cc. d'acide acétique cristallisable ; ajouter 45 cc. d'eau, agiter et porter à une douce ébullition jusqu'à dissolution et clarification complètes. Après refroidissement, compléter à 50 cc. avec de l'eau distillée et agiter pour rendre le mélange homogène.

Cette solution bleue est absolument comparable en nuance et en intensité à une solution de  $P_2O_5$ , à 12 milligrammes par litre, colorée par la réaction ci-dessus. Pour les étalons correspondant aux autres concentrations phosphoriques, on effectue des mélanges contenant respectivement 0 cc. 7, 1 cc. 2, 2 cc., 4 cc., et 5 cc. de la solution de cobalt.

C'est à une échelle de ce genre que nous avons fait appel à notre grande satisfaction. A diverses reprises, nous avons, pour contrôle, utilisé des étalons au phosphate disodique et même employé un colorimètre sans obtenir des résultats différents.

*Autres modalités de la réaction.* — On peut réaliser la réaction céruléo-molybdimétrique par des moyens divers. Nous avons noté, en indiquant la préparation des étalons, le recours au chlorure stanneux. Pour rester dans le cadre pratique que nous nous sommes imposé, nous voulons signaler une seule variante qui présente un intérêt pratique incontestable, destinée à éviter l'emploi de la tournure de cuivre dans la réaction par la préparation d'un réactif sulfo-molybdeux d'une longue conservation.

On réduit complètement une certaine quantité (30 cc. par exemple) de réactif sulfo-molybdique dilué au quart en le laissant en contact avec 0 gr. 50 à 0 gr. 60 de tournures de cuivre. Au bout de quelques heures, durant lesquelles on aura agité plusieurs fois le liquide et le métal, le liquide molybdeux, de couleur jaune brunâtre, un des éléments du réactif complet, est prêt. On le conservera, sans le décantier, en le laissant constamment avec le cuivre résiduel.

Pour l'emploi, on en met 3 à 4 gouttes par essai de 5 cc. et on ajoute au mélange 6 à 7 gouttes de réactif sulfo-molybdique étendu au quart. L'ébullition du mélange est prolongé, comme il a été indiqué, durant une douzaine de secondes, pour réaliser la coloration recherchée. C'est ce procédé que nous avons utilisé.

En agissant ainsi, nous n'avons éprouvé qu'une difficulté tenant à la teneur élevée de certains liquides en albumine. Dans

Nom	Diagnostic	Phosphore par litre	Albu- mine	Glucose	Chlorures	Eléments par mm <sup>3</sup>	Réaction de Bordet Wassermann	Benjoin colloidal
1. Pr...	Troubles mentaux d'origine alcoolique.	40 mgr	0,80	0,59	7,80	0,88	—	000002222202000000
2. Bo...	Id.	30	0,24	0,66	7,50	0,66	—	—
3. Gr...	Id.	30	0,26	0,66	7,50	2,44	—	000002222000000000
4. De...	Id.	35	0,45	0,71	7,80	1,10	—	—
5. Be...	Id.	30	0,40	0,78	7,60	0,66	—	000022222000000000
6. Ar...	Id.	35	0,30	0,63	7,40	1,32	—	—
7. Tr...	Paralysie générale.	35	0,73	0,51	8	10	+	222222222200000000
8. Tr...	Id.	30	0,55	0,52	11,50	9,24	+	122222222220000400
9. Go...	Id.	35	0,30	0,46	8,10	7,48	+	222222222220000000
10. Es...	Id.	35	0,45	0,52	7,60	41,40	+	222222222220000000
11. Ch...	Id.	45	0,50	0,63	7,60	4,4	+	—
12. Co...	Démence précoce.	35	non dosés.					000002222100000000
13. Ca...	Mélancolie.	35	0,30	0,56	8,10	0,66	—	—
14. De...	Id.	45	0,30	0,69	7,30	1,10	—	—
15. Ba...	Id.	35	0,35	0,71	7,40	1,32	—	000002222220000000
16. Co...	Id.	35	0,55	0,59	8,2	0,88	—	000002222200000000
17. Go...	Tumeur cérébrale.	30	0,60	0,56	8	0,88	—	000002222200000000
18. Lo...	Id.	30	0,70	0,63	7,60	1,52	—	000002222200000000
19. Da...	Id.	35	0,60				—	000022222220000000
20. Mi...	Myopathie.	35	0,25	0,66	7,50	0,88	—	000002222000000000
21. Mi...	Id.	35	0,25				—	000002222000000000
22. Lo...	Syphilis cérébrale.	30	1	0,78	8,25		+	000002222000000000
23. Al...	Ramollissement cérébral.	30	0,80	0,56	8,10	10,56	—	000002222000000000
24. Ga...	Méningite syphilitique.	30	0,45	0,61	7,90	3,52	+	000002222000000000
25. Ni...	Hémorragie méningée.	30	0,62	0,53	7,50	1,52	+	000002222200000000
26. Pe...	Id.	35	0,85	0,74	7,50	1,76	—	000002222000000000
27. Mi...	Sclérose en plaques.	35	0,34	0,63	8,10	2,64	—	111022222200000000
28. Po...	Id.	30	0,40	0,78	7,60	0,44	—	121122222200000000

ce cas, nous augmentions la quantité de réactif de Tanret jusqu'à en utiliser 1 cc., c'est-à-dire un volume égal à celui du liquide à l'étude, faisant en quelque sorte une manœuvre analogue à celle conseillée pour le dosage du phosphore dans le sang (*loco citato*). Le reste de la réaction se faisant comme à l'ordinaire.

D'autre part, nous avons toujours eu soin de faire nos recherches dans les heures qui suivaient la ponction lombaire, de toutes façons, dans un délai inférieur à une demi-journée.

## 2° LES RÉSULTATS

Nous avons ainsi examiné plus de soixante liquides céphalo-rachidiens dont 28 pathologiques, recueillis chez des malades présentant les affections neuro-psychiatriques les plus diverses. Le tableau ci-dessous donne, à côté du diagnostic, le taux des ions phosphoriques en  $P^2O^5$  et le résultat des autres recherches chimiques et biologiques pratiquées. Nous avons éliminé du tableau le détail des dosages pratiqués sur les liquides normaux, afin de ne pas allonger outre mesure notre présentation.

Les liquides céphalo-rachidiens prélevés chez des sujets ne présentant aucune maladie neurologique ou psychiatrique, et que nous avons examinés au nombre de 40, contenaient par litre de 30 à 45 milligrammes de phosphore ; les autres recherches chimiques et biologiques y donnaient des résultats normaux.

## 3° CONCLUSIONS

La seule lecture des résultats nous permet de porter les conclusions suivantes :

1° Le taux du phosphore dans le liquide céphalo-rachidien est de 30 à 45 milligrammes par litre, en  $P^2O^5$ , et par la méthode céruléo-molybdimétrique de Denigès.

2° Les variations constatées ne paraissent imputables à aucune affection du système nerveux, à aucune maladie mentale, à aucune cause cliniquement appréciable, du moins dans les cas observés.

3° Il conviendrait, dans des recherches ultérieures, de pratiquer parallèlement le dosage du phosphore dans les différentes humeurs et d'établir le bilan phosphoré.

4° Le dosage du phosphore dans le liquide céphalo-rachidien ne paraît pas devoir être utilisé en pratique neuro-psychiatrique, du moins en vue du diagnostic.

---



# POSITIVISME MÉDICAL ET RESPONSABILITÉ PÉNALE

(suite)

PAR

N. SENGÈS

La question de la responsabilité paraît cependant une notion claire et familière à tous les esprits ; elle n'a, sur le plan social de l'appréciation des actes humains, aucun caractère religieux, métaphysique ou supra-sensible qui échapperait au jugement et au dosage des hommes et plus particulièrement à celui des médecins experts. Voyons cependant les arguments mis en avant par quelques-uns de ces derniers, représentés brillamment par le professeur Gilbert Ballet, lorsque, devant la Cour d'Assises d'un département, il exposa le point de vue « scientifique » de certains psychiatres et de lui-même, sur la question de la responsabilité pénale. N'ayant pas sous les yeux des textes, je n'ai pas la prétention de résumer *littéralement*, la pensée de Gilbert Ballet ou celle de ses commentateurs et de ses disciples, mais j'espère traduire, sans le déformer, l'esprit général qui anime cette controverse, et qui est bien connu de la plupart des psychiatres. Le terme de responsabilité, produit et conséquence d'une certaine conception religieuse, métaphysique, psychologique, de la nature humaine, suppose un jugement plus intuitif ou pratique que scientifique. Cette monnaie courante de l'appréciation des actes humains est un jugement de valeur purement psychologique et moral, en vertu de pures conventions ou d'usages sociaux, basés sur la nécessité de la vie en commun, et sur l'existence de relations juridiques entre les hommes organisés en société ; mais, lorsqu'on fait appel à un médecin-expert, à un technicien des problèmes psychiatriques, pour apprécier la question de la responsabilité d'un inculpé, ce n'est certes pas à un ju-

gement de cet ordre qu'on fait appel ; ce n'est pas une appréciation psychologique ou morale qu'on lui demande de formuler, mais une appréciation motivée scientifiquement, par des constatations médicales bien établies ou correctement exprimées et déduites. Or, si l'expert consciencieux et compétent peut formuler un diagnostic en termes médicaux plus ou moins précis, procéder à une analyse psychiatrique et psychologique d'une conduite anti-sociale, et aboutir à des constatations positives ou négatives, au point de vue de la normalité ou de l'état pathologique du sujet, il n'a pas qualité pour sonder les âmes et pour apprécier dans quelle mesure, les constatations qu'il a faites, sur le plan purement médical et psychiatrique, ont pu laisser jouer, perturber, ou détruire la notion toute intérieure de responsabilité morale. Médecin, son rôle est de faire un diagnostic, de porter un pronostic et de proposer, en principe, un traitement, ou bien de dire à la société que ses constatations ayant été négatives, au point de vue des questions médicales (en réalité médico-légales) qui lui étaient posées, son rôle est terminé. Il appartient à la Justice, *au bras séculier*, de résoudre la question de responsabilité de l'inculpé ou de l'accusé et de lui appliquer ou ne pas lui appliquer les pénalités prévues par la Loi.

Ainsi la « séparation » des « pouvoirs » est respectée : le médecin reste sur le terrain médical, il a porté dans ses conclusions une appréciation, un jugement, un diagnostic médical : il appartient aux juges, au jury, représentants de la loi, de porter un jugement moral, d'apprécier la question de la responsabilité de l'accusé, après avoir été éclairés par le jugement médical de l'expert. De cette appréciation morale, que les constatations médicales faciliteront aux juges et au jury, sortira une appréciation juridique qui se traduira par une peine de gravité variable, proportionnée à la gravité de l'acte et au jugement moral porté sur l'accusé. C'est donc à tort, qu'ayant introduit dans les questions posées à l'expert, la notion et le mot de responsabilité, d'irresponsabilité ou de responsabilité atténuée, on veut le contraindre à tirer lui-même, de son examen, des conclusions qui ne sont pas de son ressort. Médecin-expert, conseiller-technique de la justice, on veut l'ériger *en juge* de l'inculpé ou de l'accusé, *juge avant la lettre*, en quelque sorte, en lui demandant de prononcer (au moins théoriquement) *un véritable arrêt*, qui guidera ou inspirera les juges ou le jury dans leurs conclusions. Cela est d'autant plus absurde, qu'on lui demande de traduire, dans un langage qui n'est pas le sien, des constatations médicales. Or, un médecin, un expert, ne prononce pas *un arrêt* :

il dicte des conseils, une ordonnance des prescriptions variées d'hygiène, de prophylaxie, de redressement psychologique, etc., il propose des mesures de sécurité sociale, mesures basées sur une étude rationnelle du psychisme humain et de l'organisme ; en un mot, il institue et dirige une thérapeutique individuelle ou médico-sociale. Or, on lui demande de traduire, dans un langage juridique, des conclusions médicales qui, le plus souvent, devraient être traduites dans un langage médical, comportant des conseils, ou mieux, proposant *des solutions*, logiquement déduites d'un diagnostic médical. Si l'inculpé n'est pas malade, n'était pas malade, psychiquement parlant « au temps de l'action », le médecin dit, devrait dire : cet inculpé est bien portant, était bien portant, quand il a commis l'acte qui l'amène devant vous, c'est tout ce que je peux dire. Dans le cas contraire, il énumère les constatations qu'il a faites, il tire la conclusion de ses constatations tant pour l'individu que pour la société en termes médicaux et il dit, ou devrait dire : étant donné les constatations médicales, psychiatriques, etc. que j'ai faites, il conviendrait de prendre telle ou telle mesure médicale, ou médico-sociale, pour soigner, redresser l'individu qui est devant vous, pour l'empêcher de nuire ou le mettre dans l'impossibilité de recommencer, car c'est un malade ou un demi-malade, un anormal psychique, et il appartient à la médecine, par tout ou partie de sa personne : à la société, à la justice de traduire dans les faits, dans les institutions, les conclusions de l'expert. Cette façon de poser le problème, raisonnable, *in abstracto*, se heurte cependant à de sérieuses objections, des objections de fait, objections sociales ou sociologiques d'abord, et secondairement, à des objections contre le mode de raisonnement lui-même, qui est, dans une certaine mesure, un peu spécieux. En effet, alors que, dans le domaine de la clientèle dans le sens le plus général, le médecin, même s'il est chargé d'un service public, est libre de formuler un diagnostic, un pronostic et un traitement, dès qu'intervient l'action publique, dès que la société est représentée pénalement parlant, par la Loi et par l'Avocat général qui la symbolise au Tribunal, le médecin, devenu médecin-expert, n'est plus maître de poser le problème tel qu'il l'entend, car l'individu qu'il est chargé d'examiner appartient à la Société qui a barre sur lui. Il ne s'agit plus d'un problème purement médical, mais d'un problème médico-social. Or, la Société a bien prévu le cas, où l'individu étant nettement aliéné, l'autorité administrative sera chargée, en vertu d'une loi de défense sociale, de veiller à la sécurité des citoyens ; mais il faut que l'individu soit aliéné,

que l'article 64 du code pénal lui soit applicable, pour que la Loi de 1838 soit à son tour légalement et justement appliquée. L'expert dont nous résumons l'argumentation (cette argumentation n'étant pas, je le reconnais, littérale, mais je ne crois pas en trahir l'esprit général), va bien au-delà de ce domaine circonscrit, pénalement et légalement. Il prétend s'ériger en juge des exigences de la Société en matière d'intimidation ou de défense sociale, il critique la notion de responsabilité, qu'il est cependant chargé d'apprécier, il oublie qu'il est, non seulement un médecin, mais un médecin-expert, lié par la mission qu'il a acceptée, et qu'il est comme tel, non seulement un représentant de la science pure, mais un représentant de la Société. Or, il prétend se *désolidariser* des conventions implicites ou explicites, qui dirigent encore cette société et la juridiction répressive. Sans doute, il prétend le faire au nom de la science, au nom d'une conception plus exacte, plus efficace aussi, croit-il, de la défense sociale, qui découlerait d'une connaissance rationnelle, scientifique de la mentalité humaine et des causes pathologiques ou demi-pathologiques, de la criminalité. Si le médecin qui s'exprime ainsi est vraiment à l'avant-garde du progrès dans l'étude des criminels anormaux, s'il prétend substituer, à une répression pénale qui se trompe d'adresse, parce qu'elle est instinctive, une défense sociale efficace, méthodique, respectant à la fois les droits de l'individu malade et la sécurité sociale mieux comprise, la position qu'il prend, même si elle est prête à des critiques *de forme*, n'en est pas moins respectable, puisqu'il parle au nom de la science de l'homme et du progrès social. Mais l'attitude et le mode de raisonnement de l'expert, du psychiatre qui prétend (ceci paraît très raisonnable et semble inattaquable) rester sur son terrain, dans le domaine de la compétence professionnelle, recouvre une vérité évidente, et masque également un certain sophisme, ou escamote la véritable difficulté. Elle a pour conséquence de rejeter la responsabilité, toute la responsabilité des difficultés des problèmes à résoudre sur la Société et elle paraît voir, dans les lacunes de la loi, et dans l'emploi de certains mots, les seuls obstacles qui empêcheraient la vérité médicale de se manifester efficacement. En réalité, le problème est mixte, et les difficultés à résoudre sont aussi bien médicales que juridiques et sociales. C'est à tort, en effet, que l'expert croit et soutient que l'appréciation de la responsabilité pénale qu'on lui impose, et contre laquelle il se rebelle, constitue la véritable difficulté, le véritable obstacle à une expertise médicale qui prétendrait rester « objective ». Peu importe, d'ailleurs, que la

notion de responsabilité soit écrite ou non dans le Code : elle est le reflet des mœurs générales et des convictions unanimes. De plus, le médecin, comme les autres hommes, sait bien quelle est sa signification et son rôle dans la vie de tous les jours. Il n'est pas le dernier à faire appel à cette notion usuelle, quand il estime être lésé dans ses intérêts ou sa situation, ou pour apprécier la conduite de ses semblables. Un malentendu est donc à la base de cette controverse sur la question de la responsabilité, ou bien une confusion s'est produite entre deux questions situées sur un plan différent. La difficulté est en effet ailleurs. Pratiquement, elle tient, pour commencer, aux lacunes de la loi et à l'absence d'organisations sociales appropriées aux sujets qui intéressent le médecin-expert et le psychiatre, par l'existence de tares et d'anomalies, que la répression pénale est impuissante à redresser, et pour lesquels l'intimidation normale par les peines doit faire place à autre chose de plus efficace et de moins traditionnel.

L'absence d'Asiles-prisons, la rareté des asiles de sûreté (d'ailleurs réservés actuellement à des sujets déclarés irresponsables), ne permet pas à l'expert de traduire, dans les faits, le résultat de ses constatations médicales, lorsqu'il a à faire à des sujets chez lesquels il constate l'existence de tares insuffisantes pour justifier l'internement, mais suffisante pour les soustraire à la répression pénale intégrale. En demandant donc à l'expert de se prononcer sur la responsabilité de ces sujets, *on l'embarasse*, parce que la loi traduira d'une façon illogique ses conclusions. Ainsi, la notion de responsabilité atténuée par laquelle l'expert devra traduire juridiquement l'existence de tares mentales, montre bien l'absurdité, les contradictions auxquelles on aboutit, en posant à l'expert des questions périmées, en discordance avec les faits et l'expérience. C'est ici que la traduction médicale de constatations médicales ou médico-légales s'impose, et que le mot de responsabilité apparaît dénué de sens. Il faut parler ici d'efficacité, d'intimidation, de mesures de sécurité basées, non sur la responsabilité, notion « métaphysique », mais basées sur la connaissance médicale, clinique, expérimentale de l'homme anormal, délinquant ou criminel. Ceci ne peut faire l'objet de controverses graves, du moins en apparence, mais va nous ramener toutefois par un détour à la question de l'appréciation de la responsabilité, que certains psychiatres prétendent éluder et supprimer du vocabulaire médico-légal qui leur est soumis et comme imposé. En effet, en admettant qu'on élimine le mot de responsabilité, du vocabulaire médico-légal, il est

de toute évidence que cela ne supprime à aucun degré, la difficulté qu'il recouvre. Car il faudra que le médecin-expert apprécie la lucidité mentale ou l'état pathologique du sujet à examiner, au moment où l'acte anti-social a été commis et la difficulté restera la même, bien que transposée sur le plan purement technique et médical ; en admettant que, par une pure illusion, on laisse au juge ou au jury le soin de tirer les conclusions de l'examen médical, en termes de responsabilité, leur jugement et leur appréciation sera commandé par la clarté, la netteté des conclusions médicales et ce jugement restera difficile, si ces dernières sont imprécises, ambiguës ou incertaines. En effet, si, dans les cas évidents, le médecin-expert peut répondre que la physiologie cérébrale, la lucidité, la conscience du sujet, était ou n'était pas troublée, s'il peut résumer son appréciation médicale en disant que l'individu examiné était ou n'était pas normal au moment de l'action, comment rédigera-t-il sa réponse dans les cas difficiles, litigieux « ou limite », dans les cas qui sont en partie psychologiques ou passionnels, bref, comment définira-t-il l'état mental, dans les nombreux cas de transition qui se différencient par des nuances ou des degrés de « l'état normal ». Et quel est « l'état normal » ? Quelle est la lucidité « normale », l'état de conscience « normal » ? En un mot, en supprimant le terme de *responsabilité*, on ne supprime pas la chose qu'il recouvre et qu'il convient de définir : l'individu examiné est-il différent, très différent de l'homme présumé normal, qui dans la vie de tous les jours subit les conséquences de sa conduite privée et sociale ? En effet, la notion de responsabilité ne constituerait aucune gêne pour le médecin-expert qui prétend s'en affranchir, si son diagnostic, son pronostic et ses indications « thérapeutiques », médico-sociales ou individuelles, avaient la netteté, la précision et l'objectivité d'un diagnostic de maladie mentale fortement établi. En effet, quand l'expert se trouve en présence d'un état pathologique incontestable, d'une démence ou d'un état délirant très défini dans son mécanisme ou son expression clinique, il n'hésite pas à conclure à l'*irresponsabilité*, et ce terme ne le gêne nullement. Il peut lui substituer, s'il le veut, celui de maladie mentale troublant profondément la conscience, et la conduite sociale : les deux traductions sont parallèles et pratiquement équivalentes. Mais quand « son diagnostic » portera sur des états intermédiaires, à la maladie et à l'état normal, quand il lui faudra apprécier des affections variées, mélange d'anomalies et de normalité, la traduction qu'il en fera, et ses conclusions pratiques, seront difficiles à formuler, car ce qui est difficile alors, c'est d'ap-

précier la nature des moyens à proposer pour réprimer ou « soigner » le délinquant ou le criminel et pour défendre efficacement la Société, sans troubler les principes juridiques et moraux sur lesquels elle repose.

L'expert sera aussi embarrassé pour répondre « scientifiquement » à des questions d'appréciation médicale, que pour se prononcer en réalité sur la question de responsabilité à tous ses degrés. En effet, quelque langage qu'on adopte, le langage juridique ou le langage médical, l'appréciation de la santé mentale ou de la normalité psychique, repose en partie sur des conventions, des usages, des jugements de valeur, en partie artificiels, et dans une certaine mesure commandée par les croyances collectives. Sans doute, l'étude méthodique et scientifique de la mentalité humaine, dans ses éléments instinctifs, passionnels, etc., l'étude des « constitutions », des tempéraments, du caractère, permettra en principe de les mieux connaître, et de prévoir, dans certaines limites, les réactions de certains sujets, par conséquent, de proposer, soit à titre prophylactique, soit à titre médico-judiciaire, des mesures plus ou moins efficaces. Mais la véritable difficulté ne réside pas dans *les mots*, mais dans la nature des choses. Voyons la solution que l'on peut préconiser, pour essayer d'atténuer ces difficultés, pour essayer de les réduire, ou plus exactement, pour adapter plus efficacement et plus logiquement, d'après nous, les notions nouvelles médicales et psychiatriques, aux nécessités sociales d'une part, et aux conventions juridiques et morales qui gouvernent la Société. En effet, il y a implicitement ou explicitement formulée, dans la façon médicale de poser le problème de la défense sociale contre les criminels, et d'envisager la question de la responsabilité, une tendance biologique « déterministe » et par trop pragmatique qui, d'après nous, recouvre une erreur (sans doute passagère) et constitue un danger pour les valeurs psychologiques et morales sur lesquelles nous vivons. Et ceci, croyons-nous, en vertu d'une analyse peut-être incomplète, de la psychologie pathologique des délinquants et des criminels anormaux et, d'autre part, d'un réalisme médical et clinique, qui prétend se soustraire, pour apprécier la conduite humaine semi-pathologique, des tarés, dégénérés, pervers instinctifs ou constitutionnels, etc., au contrôle et à la direction de valeurs psychologiques et morales traditionnelles, qui résument à leur manière et dans une certaine limite, une connaissance de l'homme, profonde, et pour nous, exacte. Si je parle de « déterminisme », ce n'est certes pas pour prendre position dans une question de doctrine, qui est probablement insoluble. Déter-

minisme, libre arbitre, problème contradictoire, peut-être artificiel, qui dépasse le champ que nous explorons et qui est du domaine de la pure spéculation. Je parle d'une sorte de déterminisme médical, trop étroitement biologique, de fait, sinon de doctrine, qui prétend étudier les phénomènes mentaux et psychologiques, au nom de l'expérience purement clinique, sans se préoccuper du jeu intérieur de la conscience des sujets. Il prétend ne faire intervenir dans l'étude des problèmes qu'il aborde que l'étude de fonctions physiologiques, psychologiques ou sociales d'auto-conduction, d'auto-direction et d'adaptation, en s'interdisant d'apprécier la valeur subjective et morale des pensées et des conduites. En effet, en supprimant du vocabulaire médico-légal la notion de responsabilité, sur laquelle l'expert prétend ne pouvoir se prononcer, ne fait-il pas une sorte de profession de foi pragmatiste et comme déterministe à la fois ? Car, en l'état actuel des choses et demain en supposant que la notion de responsabilité atténuée, ou plutôt que l'état mental qu'elle recouvre, puisse être traduit par des mesures sociales appropriées (placement dans un asile-prison ou dans un asile de sûreté), les individus qui seront ainsi soustraits à la répression pénale intégrale seront, à moins de supposer des modifications dans la loi et dans la mentalité des experts, assimilés *ipso-facto* à des êtres *irresponsables*, comme les aliénés, internés dans les asiles en vertu de la loi de 1838, ou assimilés à des délinquants ou à des criminels internés à la suite d'un non-lieu comportant légalement et littéralement l'irresponsabilité totale (art. 64 du Code pénal). Autrement dit, le jour où l'extension des études psychiatriques fera défiler devant le médecin un nombre considérable d'anormaux psychiques, enfants ou adultes, et devant le médecin-expert un nombre non moins élevé d'anormaux infantiles, juvéniles ou adultes ayant commis des délits, des infractions diverses contre les personnes ou les biens, ou même des crimes, conviendra-t-il, ce jour-là, que dans les mesures proposées à la Justice, conseillées aux familles ou aux organisations sociales, chargées de la surveillance ou du redressement de ces anormaux, la notion de responsabilité ne soit jamais mentionnée, en dehors, bien entendu, des cas où les individus étant déclarés normaux, on laisserait jouer la répression pénale, supposée toujours existante dans son esprit et dans ses moyens actuels d'intimidation ? En effet, demain comme aujourd'hui, ou la notion d'irresponsabilité restera réduite : alors que feront les experts des nombreux sujets anormaux, déséquilibrés pervers, etc., au sujet desquels ils se plaignent actuellement de ne pouvoir proposer, faute d'or-



ganisations appropriées, les mesures adéquates à leur véritable état mental ? Seront-ils déclarés normaux ou responsables dans les mêmes proportions qu'aujourd'hui, ou dirigés dans des cas très limités seulement vers des asiles ordinaires ou leurs rares quartiers de sûreté ? Ceci laisserait jouer en fait, à des nuances près, la notion de responsabilité pénale que certains experts combattent au moins théoriquement par leurs tendances, lorsqu'il s'agit d'apprécier la conduite des délinquants récidivistes, pervers variés qu'ils souhaitent traiter avec un souci très différent de celui qui inspire la répression traditionnelle ; celle-ci, avec son échelle de pénalités à temps, se révélant sans valeur pratique, éducative ou autre, pour endiguer la récidive ou la nocivité de ces sujets. Alors de deux choses l'une, ou bien l'on suppose le maintien à peu de choses près de l'état actuel, avec la seule réserve que la création de rares asiles-prisons permettrait d'interner un nombre supposé restreint de pervers constitutionnels ou d'autres anormaux psychiques déclarés irresponsables, et assimilés à de véritables aliénés, ou bien ce sera l'extension du système. Dans ce cas, un nombre plus ou moins considérable d'anormaux constitutionnels ou de formes variées de déséquilibre mental aux limites indécises, bref un nombre élevé d'individus qui ne sont pas assimilables aux malades internés dans les asiles (et qui le seront d'autant moins, qu'ayant commis des actes anti-sociaux cet internement ne serait plus une mesure de sécurité et de traitement préalables, qui répond en partie au souci de la loi 1838), bref, un nombre plus ou moins considérable de demi-fous, pour abréger, pourront être légitimement dirigés après un diagnostic, et un pronostic médical vers un asile-prison ou asile de sûreté. Une loi de défense sociale inspirée de la loi belge, peut parfaitement se concevoir en France, et cela d'autant plus que les résultats de la loi belge sont intéressants et sont cités en exemples par les partisans du système moderne et scientifique de la défense sociale appliquée aux délinquants et aux criminels anormaux et irresponsables.

C'est ici que, d'après moi, pourrait se faire la liaison entre le passé et l'avenir, entre la notion de responsabilité et celle de défense sociale, assurée par un mécanisme souple, d'inspiration rationnelle et scientifique, tendant à se substituer partiellement au droit actuel, et à la répression pénale traditionnelle.

Celle-ci est basée sur des principes que nulle critique scientifique ne paraît capable d'abolir (quelles que soient les *transpositions verbales* qu'on imagine pour se débarrasser de la notion « méta-physique » en cause). Je ne parle pas seulement de la

responsabilité juridique qui est un fait social, mais de la responsabilité psychologique et morale qui découle (ceci ne peut guère être contesté) du fonctionnement psychologique de la vie consciente chez l'immense majorité des hommes. Cette responsabilité ainsi comprise existe chez un grand nombre d'anormaux, de demi-aliénés criminels, pervers constitutionnels ou autres, et, d'après-nous, chez les monstres que sont certains meurtriers sadiques. Il ne faut plus associer automatiquement l'idée d'*irresponsabilité* à celle de « trouble mental », ou à l'existence d'anomalies instinctives plus ou moins graves (graves surtout par leurs conséquences, jugées après coup, et qui servent à définir, après coup, la gravité des « tares biologiques » de l'individu). A côté de l'aliénation, champ étroit, il y a le *psychisme anormal* (dont l'analyse peut être faite scientifiquement dans toutes ses fonctions supposées déficientes), qui comporte, avec une part de conscience et de lucidité normale, une part de responsabilité, toutes les formes de « *responsabilité atténuée* », si inutilement et si dangereusement introduite dans les usages judiciaires. Inutilement et dangereusement parce qu'elle n'est pas à sa place dans la juridiction légale, et qu'elle se trouve prise entre une psychologie traditionnelle de la répression, basée sur une vérité morale (l'individu diminué dans son intégrité mentale, et secondairement morale, par la maladie, est moins responsable que le normal), et l'application pratique. Si on excepte les rares cas où la notion de responsabilité atténuée est appliquée et applicable dans l'esprit de la loi et de la psychologie morale qui a présidé à son introduction dans les usages judiciaires, elle ne peut s'appliquer, comme chacun le sait, à des sujets porteurs de tares mentales variées qui ont justement pour résultat et pour conséquence (c'est du moins le point de vue biologique basé sur le comportement social) de rendre ces sujets incapables d'un *redressement psychologique* par le jeu des processus du regret, ou du remords et par le souci de s'améliorer ou de s'amender. Ici, demi-responsabilité signifierait seulement demi-folie, demi-incapacité, ou même incapacité totale (au sens juridique). Mais, si désormais, responsabilité atténuée n'était plus synonyme de pénalité atténuée, serait-il indispensable et prudent de sacrifier complètement la notion de responsabilité, pour aboutir simplement à une pure situation de fait, détachée de tout jugement de valeur sur la mentalité du délinquant ou du criminel ? Ne faudrait-il pas, au contraire, associer l'idée de responsabilité, réduite ou atténuée, qui serait conservée, aux mesures de sécurité comportant une sorte de demi-incapacité juridique et morale ? Ces mesures de sécurité et

de traitement seraient à mi-chemin entre l'asile d'aliénés de sûreté fait pour recevoir les *irresponsables*, c'est-à-dire les états de démence vraie (au sens médico-légal, après un acte anti-social grave) et les vrais malades « innocents » dont le placement serait antérieur à toute délinquance ou à tout crime et se ferait dans des asiles-hôpitaux ordinaires. Et ces mesures intermédiaires laisseraient planer sur l'individu une part de responsabilité juridique (au moins au point de vue civil), en tous cas, une part de responsabilité morale, exprimée par le juge au moment où serait prise la mesure médico-judiciaire et qui serait le reflet du jugement social. On dirait que les malades ou les anormaux de ce genre (la discrimination entre les aliénés irresponsables et les demi-fous étant faite avec plus ou moins de précision ; mais il y aura toujours en psychiatrie, comme en médecine générale, des états frontières difficiles à classer, à apprécier et à traiter) présentent une responsabilité *réduite, atténuée* : ici, l'expert pourrait et devrait expliquer comment les tares mentales qu'il a constatées réduisent le discernement ou rendent plus malaisé, chez l'individu en cause, le redressement que tente le normal pour s'adapter, se modifier, se corriger : mais il ne décernerait pas *ipso-facto*, en vertu d'un diagnostic d'anomalies psychiques, de déséquilibre mental ou de perversions instinctives, un brevet d'irresponsabilité totale, en aiguillant cet anormal vers un asile-prison ou un asile de sûreté. Rien ne lui interdirait d'aboutir à une conclusion de ce genre mais il devrait la motiver par une analyse médicale et psychologique rigoureuse, quand, d'une façon évidente, l'individu ne serait pas atteint d'une *maladie évolutive* d'une part, et que, d'autre part, son comportement extérieur laisserait subsister une lucidité suffisante pour que l'individu comprenne et ait compris le caractère anti-social de sa conduite (en somme, toutes les catégories des déséquilibrés pervers, amoraux, certains états passionnels, etc.). Les difficultés qui surgiront dans les cas difficiles auront d'ailleurs une importance beaucoup moins considérable qu'à l'heure actuelle puisque ces sujets seraient retenus dans des établissements, proches parents des asiles d'aliénés.

Seuls les modes d'entrée et l'esprit qui inspireraient la mesure seraient différents. En vertu donc d'une conclusion de ce genre (responsabilité réduite ou atténuée) qui découlerait du diagnostic médical, soit que le médecin l'exprime lui-même dans le langage juridique coutumier, soit que le magistrat inspiré et éclairé par le rapport du médecin-expert, tire lui-même cette conclusion, l'intéressé serait aiguillé par *voie judiciaire* (étant un criminel

ou un délinquant non dément et non justiciable de l'article 64 du code pénal) sur l'Asile-prison ou l'Asile de sûreté, pour une durée fixée d'avance ou indéterminée, selon la gravité du délit ou du crime d'une part, le diagnostic médical et le pronostic médical d'autre part. Les médecins de l'établissement fourniraient ultérieurement un rapport médical, pour informer les magistrats et leur demander soit le maintien, soit la mise en liberté par anticipation, ou à l'expiration de la « cure » ; tout cela selon des modalités à débattre entre les médecins légistes, juristes et psychiatres. Cette mesure n'aurait pas un caractère afflictif ou infamant, légalement parlant, et elle ne serait pas portée sur un casier judiciaire, mais elle figurerait sur un dossier médical et judiciaire consulté et contrôlé par l'autorité publique. Cette mesure de protection conserverait non seulement un caractère médico-social, mais également un caractère d'intimidation et elle s'adresserait également à la conscience du « malade » ou à la partie psychologique normale et consciente, capable de comprendre, sinon de sentir, le caractère anti-social et immoral des actes en cause. Elle s'adresserait au psychisme de l'individu et elle laisserait peser sur lui, le jugement social collectif réprobateur, en ne permettant pas à l'intéressé d'oublier qu'il est, dans une certaine mesure, conscient et responsable de ses actes, et qu'on ne le considère pas comme un pur malheureux, victime de fatalités organiques ou fonctionnelles, auxquelles il n'a pu, ou il ne peut résister par définition. Il faut donc, d'après nous, conserver à tous les degrés de la répression, de la prophylaxie, du traitement et des mesures de sécurité proposées (les états de démence vraie mis à part, en vertu de l'article 64 du code pénal qui subsisterait dans son esprit), *la notion capitale de responsabilité*. Une unité de doctrine est nécessaire pour diriger les hommes. La doctrine de la responsabilité morale qui résume un immense acquis social, et toute une civilisation, doit être conservée ; elle doit diriger l'esprit médical loin d'être critiquée par lui et comme mise au ban des préoccupations scientifiques, dans l'étude de l'homme malade, et, surtout, dans l'appréciation des actes des délinquants et des criminels, porteurs d'anomalies ou de tares variées. L'idée de responsabilité, bien loin d'être une notion « métaphysique », gênante pour le médecin-expert, qui ne doit connaître et apprécier, au point de vue mental, que des états normaux ou des états morbides, proposer en conséquence une « thérapeutique » appropriée ou laisser jouer la répression pénale traditionnelle, l'idée de responsabilité est parfaitement claire, et d'une importance primordiale dans la vie individuelle

et dans la vie sociale. Elle doit continuer à inspirer, non seulement la répression pénale, mais même les mesures de sécurité et de « traitement » proposées par les médecins-experts pour défendre la Société contre toutes les catégories d'anormaux antisociaux. C'est en vertu d'un jugement inspiré, d'une connaissance trop unilatérale et trop exclusivement biologique et médicale de l'homme, que les psychiatres battent généralement en brèche la notion de responsabilité pénale. Une « explication » purement médicale de la conduite ne vaut, que si elle est, non seulement, la conséquence d'un diagnostic médical fortement établi, mais encore, si ce diagnostic a pour conséquence de démontrer que l'individu est ou a été vraiment inconscient de ses actes au sens démentiel « médico-légal » du terme, ou que, le mécanisme psychologique de sa vie consciente le différencie profondément de la moyenne humaine qui constitue la société.

En effet, les conduites humaines ou si l'on veut, plus simplement, l'intelligence ou la moralité qui les dirigent, sont, de la plus humble à la plus élevée, le résultat de mécanismes biologiques et psychologiques très complexes. Sur un fond commun à tous les hommes normaux (biologiquement parlant) se développent, suivant le milieu social, la culture et des dispositions généralement innées, un certain degré d'intelligence et de moralité qui permet aux individus de s'adapter à la vie sociale, élémentaire ou très compliquée qui constitue leur milieu vital. Chaque individu est ainsi adapté à l'existence telle qu'il peut la concevoir, étant donné ses origines, son degré d'intelligence, sa moralité et le parti qu'il a pu en tirer pour progresser dans le milieu social. Sans doute ici, les conditions sociales originelles jouent un rôle considérable, et pèsent d'un poids très lourd sur un grand nombre d'individus bien doués, mais défavorisés par leur point de départ. Mais, ceci étant admis comme un fait social, chaque individu s'adapte à la vie sociale qui lui est faite, telle qu'il la conçoit et la perçoit à travers son organisme avec le mélange d'instincts variés, d'animalité, de désirs, d'appétits et de fonctions intellectuelles données. Il est ainsi adapté à un genre de vie, à un certain niveau social auquel il est passivement attaché, ou auquel il a pu se hausser par son intelligence, son travail ou son savoir faire. Pauvre ou riche, psychologiquement parlant, doué d'instincts grossiers ou brutaux ou d'instincts plus affinés (ces derniers pouvant être innés dans une certaine mesure et également être le résultat de la culture sociale), chaque individu est donc adapté à un milieu social déterminé. Il a de la vie sociale une idée bornée ou très complexe, mais il fait toujours des expé-

riences au contact des autres hommes, et il s'adapte, s'il n'est pas privé de tout rudiment d'intelligence, par idiotie congénitale ou par démence acquise, au mouvement élémentaire ou très riche du milieu dans lequel il vit. A chaque instant donc, un individu, s'il n'est pas au dessous du niveau de base qui doit permettre l'adaptation élémentaire (l'idiot, l'imbécile à un certain degré, et le dément sont incapables de subsister même dans le milieu physique comme l'animal), adapte ses réflexes et ses réponses aux exigences et aux sollicitations du milieu social dans lequel il vit. Dans les milieux sociaux très arriérés ou très éloignés des centres urbains, les individus, paysans, manouvriers, etc., ne mettent en jeu pour subsister que des mécanismes intellectuels très pauvres, et ils participent à une vie sociale rudimentaire. Cependant, dans un milieu de ce genre, il y a des usages, des coutumes, un certain niveau des mœurs générales que l'individu doit respecter. Les hommes y surveillent mutuellement leur conduite, et ils doivent la rectifier, la modifier, suivant les exigences de la pression collective plus ou moins bien définie et agissante. La conscience sociale, la pression collective est très forte, comme l'on sait dans les villages, où l'individu se soustrait difficilement au contrôle incessant et au redressement que lui infligent ses pareils et ses voisins. Une plus grande force physique pourra constituer un avantage, par exemple ; mais celui qui serait tenté d'en abuser, verra se dresser devant lui d'autres hommes ligués, qui le rappelleront à l'ordre et s'opposeront à lui : dans certains cas, il sera l'objet de menaces, de sévices et même d'un meurtre, s'il est redouté méchant ou dangereux. De même, pour toutes les actions (ivrognerie, sexualité, cupidité, vol, etc.), avant même qu'intervienne l'action publique, sous la forme du gendarme. L'individu court donc à chaque instant *des risques*, s'il ne sait pas, ne veut pas, ou ne peut pas (sous certaines réserves) adapter sa conduite aux nécessités vitales et sociales du milieu qui l'entoure, ou s'il trouble ce milieu « volontairement » ou « involontairement ». Ces risques ont une gamme très variée. Ils commencent par les procédés légers de redressement ou d'intimidation psychologiques en quelque sorte (plaisanteries, moqueries, brimades diverses) et ils vont jusqu'aux réactions brutales, quand des passions ou des intérêts sont en jeu, en attendant les réactions légales. L'individu est donc « normal » pour le milieu dans lequel il vit, lorsqu'il est capable d'adapter sa conduite aux exigences de ce milieu, ou lorsqu'il est capable, en un mot, de cacher ses actions mauvaises ou anti-sociales, et capable d'échapper, pour un temps indéterminé, à leurs conséquences privées ou sociales.

Il est normal *par rapport à lui-même*, lorsque ses facultés de réflexion et d'auto-conduction lui permettent d'assouvir ses désirs et ses instincts avec un discernement suffisant pour qu'il se cache, et pour qu'il redoute la punition ou les réactions des autres hommes. Bien entendu, il y a des degrés dans ce discernement et dans cette conscience, mais il faut les apprécier dans un milieu social déterminé. Les individus qui troublent ce milieu social ne sont pas nécessairement étrangers à ce milieu (comme des aliénés vrais) ; ils participent à sa vie, et ils ne sont donc pas, du fait même de leur faible niveau mental et de leurs réactions anti-sociales, irresponsables, par définition. Anormaux, insuffisants, dysgénésiques, pervers instinctifs de quelque nom qu'on les désigne, s'ils ont pu participer à la vie sociale de leur milieu, ne sont privés ni de conscience ni de responsabilité, psychologiquement et moralement parlant. Les mesures à prendre à leur égard peuvent varier suivant les cas particuliers : la répression pénale n'est certes pas exclue *a priori* (bien au contraire) de la défense sociale d'un milieu social élémentaire, à cause du faible niveau de base de ceux qui la troublent, ou de l'animalité de leurs instincts. Quand il s'agit d'anormaux sadiques, « aliénés » lâchés dans le milieu social, la cause de leur *monstruosité instinctive* peut être recherchée dans une atteinte pathologique, héréditaire ou dégénérative, mais alors, on peut se demander si l'individu n'est pas mieux qu'un malade auquel on veut l'assimiler, *une simple variation tératologique*, sorte de *négatif épouvantable* du génie ou de la sainteté (certains grands meurtriers sadiques en France et en Allemagne). Or, tous ces individus ou ces monstres, « pervers instinctifs », dégénérés, ont des facultés d'auto-conduction suffisantes, pour adapter leur conduite à l'assouvissement de leurs instincts monstrueux. Ils ne sont donc pas littéralement *étrangers* à eux-mêmes, s'ils sont étrangers à la Société, et encore ne sont-ils étrangers à la Société que par la violence de leurs instincts sexuels qu'ils assouvissent avec des réflexes animaux et meurtriers. Mais ils ont conscience des conséquences de leurs actes, et ils prennent des précautions pour échapper au châtimement. Psychologiquement parlant, ils ne sont donc ni inconscients, ni littéralement irresponsables. Les médecins-experts qui examinent des sujets de ce genre plaident parfois la cause de la maladie mentale, et demandent qu'on assimile ces monstres à des aliénés, justement parce que ce sont des monstres, atteints de « perversions instinctives ». Sans prétendre que ce n'est pas flatteur pour les aliénés-malades, qui sont le plus souvent de pauvres malheureux et de braves gens, recrutés dans

la moyenne humaine qui constitue la société, on doit ajouter qu'une solution de ce genre inspirée d'une science qui, en cherchant la vérité vise à humaniser la défense sociale, doit aller de pair avec toute une sélection préalable, qui ruinerait dans l'œuf, en quelque sorte, des tendances aussi monstrueuses. Mais quand la tendance a pu se manifester dans la Société, et faire d'innocentes victimes, il est difficile de demander à cette dernière une neutralité affective et une absence de réflexes passionnels de défense, qui libèrent son indignation. Sans doute, le caractère exceptionnel et atroce de pareils crimes dépasse, par son caractère d'horreur, les impulsions sadiques ou brutales qui peuvent dormir chez un certain nombre de sujets réputés normaux. C'est pour cela que l'esprit public a parfois l'intuition que ces crimes doivent être « l'œuvre d'un fou ». Mais, comme tous les degrés existent entre ces tueries effrayantes et le viol suivi de meurtre que l'on peut parfois imputer à des normaux, une réserve s'impose dans l'appréciation pratique d'actes qui montrent, au « fort grossissement », des instincts qui ne sont pas étrangers à des sujets d'apparence normale. Ces crimes ne sont pas généralement l'œuvre d'aliénés, atteints de psychoses évolutives, mais sont commis par des aliénés atteints de psychoses « instinctives », si l'on ose associer ces deux termes, ou mieux, atteints d'anomalies ou de perversions de l'instinct sexuel.

Une analyse exacte de ces anomalies et de ces perversions montrerait qu'elles ne constituent pas nécessairement en elles-mêmes des facteurs d'irresponsabilité. Si l'internement préalable de ces sujets, dépistés et connus dans leurs tares et leurs tendances monstrueuses, était possible, ce serait, certes, la plus efficace des prophylaxies, mais, malheureusement, c'est après coup qu'on déclare le sujet justiciable de l'internement comme aliéné ou qu'on déclare s'il a déjà été interné qu'on n'aurait pas dû procéder à sa libération. On voit donc que seules des mesures rigoureuses, par l'internement « prophylactique » de durée indéfinie, mettraient la société à l'abri. Mais, dans ce domaine, comment connaître la violence de la réaction, comment imaginer une série de crimes monstrueux, sur la seule vue d'une analyse médicale, parlant de déséquilibre mental et de perversions instinctives ? Comment trier et retenir les individus, demi-fous ou aliénés, souvent non délirants, au sens psychiatrique du terme, alors que l'internement et le maintien dans un asile d'aliénés peut être taxé d'arbitraire, et que le spectre de la séquestration inspire des campagnes de presse au nom des droits de l'individu ? La prophylaxie est donc beaucoup plus difficile à assurer dans la pratique ;



qu'on ne pourrait le croire, au nom d'une vue théorique de la question. Ce n'est certes pas une raison pour ne pas tenter de prendre des mesures de sécurité, antérieures à tout crime : mais à côté de mesures de ce genre, le milieu social doit exercer une censure sévère par les lois, les mœurs et l'éducation, sur le développement des forces instinctives de l'individu. Cette censure ne doit pas être purement négative, mais être accompagnée d'un code moral. Nous trouvons donc toujours à toutes les avenues de notre étude la notion capitale de responsabilité. Au lieu d'expliquer, comme le veut le courant psychologique et psychiatrique actuel, les actions normales ou pathologiques des hommes (ou du moins un certain nombre d'entre elles) par l'influence de l'inconscient, du refoulement, par la perversion des instincts, et de donner à cette vie inconsciente ou sous-corticale une sorte de faculté de direction sur la vie consciente qui serait manœuvrée en quelque sorte par le laboratoire de cette sous-conscience et par des mécanismes instinctifs régulateurs et directeurs de la conscience claire, ne conviendrait-il pas de revenir dans tous les domaines (psychologique, psychiatrique et même dans le domaine neurologique) aux conceptions intellectualistes, corrigées et agrandies, qui mettaient dans l'écorce cérébrale des centres psycho-directeurs, frénateurs et inhibiteurs de l'activité sous-corticale, et, dans la raison, une faculté de connaissance, d'ordre et de discernement s'opposant à l'animalité de la machine ? On a assisté sous l'influence, à mon sens mal comprise, de l'Elan Vital de Bergson en psychologie et en philosophie, sous la poussée et la convergence d'études psychologiques cliniques, et mêmes neurologiques, dirigés consciemment ou non par un même courant philosophique et scientifique général, à une sorte de procès de l'intelligence et de la raison, et à une mise en valeur excessive de la sous-conscience, de l'inconscient, des instincts, sur les facultés d'auto-direction de la personne humaine. En neurologie, l'étude des centres neuro-végétatifs, la connaissance des troubles provoqués par des atteintes des régions sous-corticales dans l'encéphalite épidémique, les observations de « perversions instinctives » acquises sous la même influence, certaines conceptions, psychologiques et anatomo-pathologiques de la démence précoce, des observations limitées de troubles mentaux ou de phénomènes hallucinatoires élémentaires par lésions pédonculaires ou par lésions de la région basilaire du cerveau, ont contribué à découronner dans une certaine mesure le cerveau de ses fonctions directrices et organisatrices de la vie consciente. Ces problèmes techniques sont des problèmes difficiles qui doivent être discutés

par des spécialistes, neurologistes et psychiatres, prudents et avertis. M. Lhermitte, dont il est superflu de souligner la haute compétence neurologique, ne rappelait-il pas cependant à la dernière réunion neurologique internationale, pour s'opposer à des interprétations, peut-être excessives, du trouble des instincts dans la démence précoce, par des lésions sous-corticales, que les hémisphères cérébraux servent bien à quelque chose. Et dans son rapport, il fait des réserves prudentes sur la conception beaucoup trop simpliste d'un hypothétique centre sous-cortical de la conscience. Nous croyons que si, dans ce domaine, l'analyse psychologique ne constitue pas une preuve « scientifique », elle reste cependant un document de première valeur. Les arbres ne doivent pas empêcher de voir la forêt, plus simplement l'analyse psychologique montre que les facultés de réflexion, la conscience des actes commis même sous l'influence d'instinct animaux et de perversions instinctives ne sont pas nécessairement absentes chez un individu qui n'est ni décérébré physiologiquement ni aliéné au sens rigoureux du terme. Cette conscience et cette capacité de réflexion ne sont pas *a priori* absentes, chez des individus, dont les actes bien que dérivants d'une nature dégradée ou bestiale ou de déséquilibres variés ne sont pas soustraits par leur mécanisme même au domaine de la responsabilité.

On sait que, par l'adjonction des « dégénérés » à la pathologie mentale, on peut englober une grande partie de la criminologie dans la psychiatrie. A l'heure actuelle, la notion de « dégénérescence mentale » paraît périmée, et elle constitue simplement une sorte d'étiquetage global d'états variés, que l'analyse médicale s'efforce de pénétrer et d'expliquer par des causes générales pathologiques. La doctrine des « constitutions », états stables, généralement fixés chez l'individu, dès le plus jeune âge et tenant à son organisation psycho-somatique transmise par l'hérédité, la doctrine des constitutions se voit menacée par de nombreux opposants qui trouvent dans des causes extérieures accidentelles (infections, intoxications encéphalite-épidémique) en particulier, l'explication de certaines modifications instinctives chez certains sujets. Bref, la « constitution » pourrait être acquise, et être la conséquence de maladies constatables ou constatées. Dans un sens restreint, cela ne paraît pas douteux, bien qu'il faille attendre de l'avenir une mise au point de la question, pour pouvoir apprécier l'importance relative, des « constitutions » congénitales, véritables, en quelque sorte, et celle des « constitutions » modifiées, ou acquises. Mais, même en admettant la part de vérité que peuvent apporter des constatations de

ce genre, il n'en reste pas moins qu'entre l'anomalie produite par la maladie et le crime, par exemple, il y a toujours un certain hiatus. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il y a du psychologique normal même chez les grands malades d'asile, *à fortiori*, chez les simples anormaux, déséquilibrés ou pervers (la perversion, fût-elle acquise, par suite d'une maladie accidentelle).

On sait, d'autre part, que les psychiatres ont étudié certains *régicides* et quelques criminels célèbres, en les présentant comme des « dégénérés », débiles vaniteux, mégalomanes, mystiques, etc. Qu'est-ce que cela veut dire ? On veut indiquer qu'à une insuffisance intellectuelle plus ou moins manifeste s'allient des prétentions politiques ou sociales, des revendications variées, des idées fausses de prétendu réformateur ou de justicier, etc. (j'élimine par hypothèse les idées nettement délirantes, évolutives, symptomatiques d'une véritable maladie mentale). En fait, on ne retient donc artificiellement, que les quelques sujets devenus « célèbres » du fait de leur crime. Mais en réalité, des sujets de ce genre sont assez nombreux dans la société et leur gamme va depuis le niveau mental à peine compatible avec les exigences de la vie sociale, jusqu'aux formes plus évoluées du « dégénéré supérieur ». Or, tous les sujets de ce genre ne sont pas délinquants ou criminels. Combien, dans les nombreuses combinaisons, apportées à la conscience par la vie sociale, retiendront-ils l'idée d'un meurtre à commettre, d'un attentat à consommer ? On voit donc qu'il en est de ces sujets comme des normaux. Toutes les formules individuelles sont possibles : Chacun choisit, dans l'immense apport des événements et des expériences, ce qui est conforme à ses tendances, à ses instincts et à son intelligence. Si l'on prétend que les instincts de meurtre, de mort, de cruauté, de viol sadique, sont nécessairement, fatalement, « pathologiques », au sens médical du mot, on s'aventure sur un terrain où toute preuve est certainement impossible. Ce qu'on peut dire c'est que, chez « l'homme normal », la crainte des lois, et encore plus l'existence chez lui d'instincts sociaux et altruistes, vient compenser ou équilibrer la volonté de puissance, obscure et cruelle, qui ferait d'un très grand nombre d'hommes des jouisseurs effrénés, des dominateurs et des criminels, si la puissance absolue leur était accordée.

On pourrait soutenir, sans s'exposer à être accusé de soutenir un paradoxe, que certains aliénés d'asile sont suffisamment conscients du bien et du mal pour être tenus pour responsables de certains de leurs actes, psychologiquement et même moralement. Bien entendu, il s'agit là d'une responsabilité toute théorique,

précaire et instable, trop soumise, en réalité, à l'influence des perturbations de la vie psychologique, qui sont la conséquence de l'affection ou de la maladie mentale pour qu'elle puisse, en réalité, être retenue. Mais, dans la société fermée que constitue un asile d'aliénés, cette constatation n'a rien de paradoxal ni de faux. Les médecins et le personnel savent parfaitement qu'un certain degré d'intimidation et même de responsabilité pratique peut être attribué à certains malades. La manière de se comporter avec eux est parfaitement comprise et appréciée à sa valeur. Traiter rudement certains malades amène chez eux du ressentiment et de la haine, comme chez les normaux ; les traiter avec douceur et justice est non moins compris et jugé avec discernement et peut s'exprimer par des sentiments de reconnaissance, superficiels et instables, peut-être, mais au fond de la même qualité que chez les normaux en général. Ne pas permettre toutes les fantaisies et toutes les indisciplines est une nécessité pratique que les malades réclament eux-mêmes contre certains d'entre eux, turbulents et querelleurs ; ils se soumettent parfaitement à un ordre, à une discipline dans la mesure où leur psychisme leur permet de les concevoir, et ils sont sensibles aux petites sanctions qu'on peut leur infliger. En un mot, l'expérience prouve que le mécanisme général de la pensée normale, comme celui de la pensée pathologique dans certaines limites (ceci simplement pour la validité de notre explication générale de la conduite humaine) permet aux individus, même mentalement anormaux (sous certaines réserves et dans certaines limites qui seront admises par tous les psychiatres), de comprendre la signification d'un nombre plus ou moins élevé d'événements, de faits sociaux, de jugements et de sanctions auxquels ils sont soumis. La responsabilité, non seulement de fait, mais encore le sentiment, la conscience qu'on a commis un acte qui a causé un tort plus ou moins grand à son voisin dans sa personne, ou dans ses biens, est une réalité de premier plan qui ne peut être niée ni supprimée, pas plus en médecine mentale qu'en médecine légale psychiatrique, ou dans l'existence courante. Ne peuvent s'y soustraire complètement que les individus qui vivent, du fait de leur aliénation, dans un monde vraiment étranger au monde des normaux (états délirants, psychoses hallucinatoires, états confusionnels ou démentiels variés ou états évoluant vers ces formes cliniques) et, pratiquement, tous les malades internés légalement. C'est donc à tort qu'on ferait des taras mentales, des perversions instinctives, des anesthésies morales accompagnant des *formes* cliniques non *évolutives*, des syno-

nymes obligatoires, « d'irresponsabilité psychologique », ou plutôt qu'on prétendrait limiter le problème à un pur pragmatisme social, en disant que ces individus étant, ou paraissant incapables de s'adapter au milieu social et d'être intimidés par la répression pénale, il convient de les faire vivre dans un asile ou dans un établissement approprié à leur état. Cela est vrai, sans doute, et ce n'est pas sur ce point que peut porter la contradiction, mais l'explication qu'on en donne est, à mon avis, incomplète et amputée artificiellement et arbitrairement de la notion de responsabilité. La conduite sociale de tous les hommes est, évidemment, la conséquence d'une organisation psycho-biologique donnée, organisation réputée saine et normale pour la majorité d'entre eux et pathologique pour un petit nombre. Le problème est donc de fixer une limite entre l'organisation psycho-biologique normale, celle qui permet l'adaptation aux nécessités vitales, sociales et morales d'une société donnée, et l'organisation défectueuse, insuffisante ou pathologique, qui a pour conséquences l'impossibilité ou la difficulté d'adaptation à la vie sociale, ou encore, une série de réactions qui ne sont plus en accord avec le milieu social, ou qui le troublent plus ou moins gravement. Mais il faut faire, semble-t-il, une différence importante entre l'impossibilité, en quelque sorte *passive*, de suivre le mouvement social (c'est le cas, par exemple, de l'idiot, du dément et de certaines maladies mentales authentiques, constituant *l'aliénation vraie*, c'est-à-dire l'état de ceux qui sont comme des étrangers dans le milieu social), et les *réactions actives* des délinquants et des criminels qui réagissent contre le milieu social, pour le troubler, l'exploiter ou le combattre, dans les personnes ou dans les biens. Il y a donc, par delà les explications biologiques, un *donné primitif*, qu'aucune doctrine ne parvient à résoudre absolument. Pourquoi certains hommes sont-ils moraux et bons, travailleurs actifs, et beaucoup d'autres paresseux, vicieux et, éventuellement, délinquants et criminels ? La doctrine biologique, qui prétendrait expliquer, par l'existence de tares constitutionnelles ou acquises, les infractions sociales des délinquants avérés, doit logiquement s'appliquer à tous les hommes, puisqu'il existe entre eux toute une gamme de différences dans le développement de l'intelligence, de la volonté ou de la moralité, et, également, une grande variété dans les procédés employés pour résoudre les problèmes posés par la vie. Si l'organisation psycho-biologique pathologique explique la délinquance et le crime, l'organisation psycho-biologique doit expliquer toute la conduite humaine. Toute conduite humaine est, en somme, réductible à

des « explications » psychologiques et à des « explications » biologiques. Et cela ne résout pas la question de la responsabilité. La question d'adaptation est *jugée par les faits*, par le succès ou l'insuccès social, la moralité formelle par l'obéissance réelle ou apparente aux prescriptions du code, et l'imitation des mœurs générales. Mais le problème est singulièrement délicat, il est autant philosophique, psychologique et moral que médical, si l'on pense, qu'à côté des actes anti-sociaux qui tombent sous le coup de la loi, parce qu'ils sont évidents et qu'ils revêtent le caractère d'infractions palpables à la loi écrite, il existe dans les actions humaines de tous les jours, une gamme très variée d'actions mauvaises, d'actions immorales ou odieuses, et qu'il ne peut être question, pour les expliquer, d'invoquer des mobiles pathologiques. Nous revenons donc à la question suivante : quelle est la limite des maladies mentales, des troubles mentaux qu'il convient d'annexer à la psychiatrie, pour les faire bénéficier d'une explication médicale ? Les affections mentales étant définies non seulement par des causes et des mécanismes pathologiques, organiquement ou fonctionnellement parlant, mais encore par un comportement social donné, peut-on retenir comme « troubles mentaux » ceux qui, troublant la conduite sociale, seraient la conséquence d'un fonctionnement moralement et psychologiquement anormal, sans qu'on puisse faire la preuve, que des causes médicales précises, sont intervenues, pour modifier nettement un organisme supposé normal jusque-là ? Autrement dit, en dehors des états morbides acquis, accidentels ou nettement évolutifs, a-t-on le droit, au nom d'une théorie générale, d'appliquer le mode d'explication psycho-biologique à des états moralement dégradés, qui seraient le fruit d'une dégénérescence, acquise soit par l'hérédité, soit par des causes toxiques ou infectieuses démontrées ou à démontrer ? L'explication biologique des mécanismes somatiques ne se heurte pas, en physiologie ou en pathologie générale, à des oppositions. Expliquer un mécanisme, celui du corps, par un ensemble de réactions humérales, chimiques, nerveuses, montrer l'influence du système végétatif, vaso-moteur ou de relation, sur cette physiologie normale ou pathologique, ne se heurte à aucune opposition de doctrine. En abordant le psychisme, le même mode de raisonnement doit, un jour, trouver ses limites, c'est-à-dire qu'il conviendra d'agrandir le champ des recherches pour aboutir à des explications beaucoup plus complexes. L'explication biologique de la moralité, du bien et du mal est une vue incomplète et probablement superficielle, qu'une science psychiatrique et générale, plus évoluée, montrera sans

doute inexacte. C'est que, si l'on s'élève au-dessus des mécanismes somatiques ou physiologiques que la médecine et la physiologie étudient, on trouvera que les réflexes psychiques et la réserve mentale, fruit de l'hérédité et de l'éducation que cette réserve mentale est, non seulement un produit, mais une cause, partiellement libre, parce que la vie sociale nous apprend à insérer du nouveau dans notre vie psychologique. La qualité supérieure, médiocre ou mauvaise de cette réserve psychologique est un *donné primitif*, modifiable, sans doute, par l'éducation et l'effort personnel, mais dont nous devons rendre compte à nos semblables dans le jeu complexe de la vie. Ce donné primitif est peut-être réductible à une explication scientifique, mais en fait, il reste un véritable mystère intellectuel et moral. Le problème de doctrine est donc insoluble. Etres libres, êtres déterminés, nous le sommes tous par un certain côté ; le côté organique nous dirige et nous dirigeons, à notre tour, notre corps et nos actions, parce que nous échappons par le psychisme et les réflexes innombrables que la vie sociale met en nous, à une grossière détermination biologique. Sans doute, il y a une échelle et des degrés dans la valeur et la normalité des individus. Mais l'imperfection, la dégradation, l'animalité de cette vie psychologique réduites à quelques instincts et à la faculté de direction dans le milieu social, ne sont pas nécessairement synonymes de maladies ou d'anomalies, médicalement parlant. L'absence de vie cérébrale supérieure, de la faculté de réflexion, l'absence de sentiments altruistes, humains ou sociaux, ne procèdent pas nécessairement de dégénérescences acquises ou de situations pathologiques que la médecine expliquerait et transformerait par une prophylaxie et une thérapeutique appropriées. Le problème est en réalité beaucoup plus vaste et il déborde de toutes parts la médecine : il est social, moral, et pour certains esprits religieux, rejoignant la question insoluble de la cause du bien et du mal, le problème de la prédestination et de la liberté, manière, périmée à nos yeux, philosophique, mais profonde, de poser un problème éternel. On nous objectera que la médecine, la biologie n'envisagent pas le problème au point de vue général, moral, religieux ou sociologique, et qu'elles n'en retiennent que les aspects qui peuvent être étudiés par les méthodes générales ou spéciales de leurs techniques. La prophylaxie, la thérapeutique médicale et sociale découleront d'une connaissance véritable des éléments sur lesquels la médecine et la pédagogie scientifique ont une action. Sans doute, mais encore faut-il que le problème soit convenablement posé, et que les éléments non biologiques de la criminalité et de l'im-

morale soient en lumière, aussi bien en ce qui concerne les délinquants et les criminels qui tombent sous le coup de la loi, que pour la compréhension générale et l'explication « du vice et de la vertu ». Car, si une biologie mal comprise, propageait dans le public l'idée que de pures fatalités organiques expliquent, et que de simples traitements médicaux peuvent guérir des tares psychologiques et morales, on ne voit pas quel rôle serait réservé à la conscience et à l'effort personnel, chez les demi-normaux, dans l'immense foule des indécis, sur lesquels la crainte de la répression d'une part et des principes d'éducation ou de réprobation collectifs, font pression pour endiguer le développement des instincts égoïstes de jouissance et de domination. Autrement dit, il ne peut y avoir deux morales ; deux explications générales des actes humains : l'une réservée aux « malades » et aux anormaux psychiques, dont les limites sont d'ailleurs des plus indécises, et l'autre réservée aux « normaux ». Une même explication générale de la conduite humaine doit être appliquée aux uns et aux autres. Seulement, on dira que certaines maladies, certaines anomalies mentales, certaines tares acquises, suppriment, ou rendent plus ou moins difficile, le libre-jeu du psychisme supposé initialement normal et troublent, plus ou moins gravement, non seulement l'adaptation réfléchie, mais encore la conscience du bien et du mal, c'est-à-dire la notion de responsabilité. On nous objectera que certains aliénés authentiques (prenons le cas si fréquent dans les asiles des malades atteints de psychose hallucinatoire chronique, avec idées très actives de persécution, celles-ci tenant d'ailleurs souvent, au caractère et aux tendances initiales du sujet), peuvent avoir une notion très claire du bien et du mal, en dehors de leur thème délirant, et cependant, abattre sans pitié, « consciemment et volontairement », leur prétendu persécuteur. Sans doute leur acte est conscient et « volontaire », mais il découle d'une physiologie cérébrale profondément troublée ; le malade vit dans un monde sensoriel très différent du nôtre. Il n'est pas « responsable » quoique conscient. Une pénalité répressive ne modifierait en aucune manière sa maladie, qui a des bases organiques ou fonctionnelles, incontestablement pathologiques, et non psychologiques. Il se croira toujours une *victime* (on sait combien ces malheureux peuvent être torturés par leurs hallucinations) poussée à bout par son ou ses persécuteurs. Et comme, ni la justice, ni les médecins, ni personne ne parvient à les débarrasser de leur bourreau et à leur faire rendre justice, ils font justice eux-mêmes. Cet exemple montre comment on doit interpréter le mélange de conscience, de volonté, et cepen-



dant d'irresponsabilité. Mais tous les cas d'anomalies psychiques sont loin de lui être comparables, et l'analyse peut montrer, dans chaque cas, un mélange variable de conscience, de responsabilité et d'irresponsabilité. Nous posons donc en principe, qu'il faut admettre que les individus sont « responsables » de leur nature intellectuelle et morale, de leur caractère et de leurs instincts, si cet ensemble n'est pas profondément troublé dans son jeu, par des causes qui rendent l'individu qui les subit, véritablement étranger au milieu social qui l'entoure, qui le désadaptent nettement, d'une façon temporaire ou permanente, de ce milieu social.

Encore faut-il que cette « désadaptation » ne soit pas recherchée et voulue, mais qu'elle soit la conséquence d'une déchéance involontaire (démence précoce au début par exemple). En effet, tous les degrés et tous les échelons existent dans la vie sociale ; les milieux les plus louches et les plus étranges des grandes villes sont constitués, si l'on veut, par certaines catégories « d'anormaux » (homo-sexuels, toxicomanes, etc.) qui, souvent, cultivent leur tares et leurs vices ; ils se classent là où leur « nature », leur « constitution », leur « déséquilibre » les poussent à se classer, mais souvent, sans en souffrir, et même sans avoir conscience de leur dégradation. Faut-il les déclarer irresponsables, les considérer comme des « anormaux », des « malades », les « soigner », tenter de les modifier, malgré eux, ou laisser la vie sociale les cantonner, les refouler parfois dans les bas-fonds ou en marge de la vie sociale ? Sans doute, on peut supposer dans ce domaine, comme dans le problème de la prostitution, des organisations de relèvement moral et social, mais il faut, incontestablement, faire une part, dans tous ces déclassements ou ces vices, à la volonté des individus, parfois à l'imitation ou la contagion, actes « conscients » et « volontaires » et non seulement à de pures fatalités naturelles. En somme, à tous les degrés de la vie sociale, les êtres humains se classent, d'après leurs instincts, leurs aptitudes, leur intelligence, leur volonté. Les criminels sont, ou arrivent, au bas de la chaîne. Une étude et une sélection « scientifiques » seront-elles plus efficaces que la sélection naturelle et sociale, qui se fait par le jeu de la vie, et par la répression pénale, qui classe les individus déçus, dans les prisons ou dans les bagnes ? On parlera d'humanité, d'humaniser la répression ; on peut, on doit l'admettre, mais à condition de ne pas oublier que la responsabilité est dans les individus autant que dans des institutions périmées, insuffisantes ou arriérées. En tous cas, la création d'institutions plus nombreuses et plus modernes, consacrées à la prophylaxie du crime ou de la

défense sociale, doit aller de pair, non seulement avec une prophylaxie et une hygiène médicales, dispensées à un certain nombre de sujets « anormaux ou malades », mais avec une prophylaxie et une hygiène, psychologique et morale. Notre temps, trop imbu d'idées biologiques et de préoccupations matérielles, ne doit pas oublier les conséquences pour tous les humains des actions et des pensées. « Nos actes nous suivent », ce titre d'un roman de Paul Bourget n'est-il pas la profonde loi psychologique et morale qui doit présider aux réflexions des normaux et des anormaux, et inspirer leur conduite privée ou sociale ?



L'idée religieuse de faire juger par Dieu, en dernier appel, les actions et les pensées des hommes, est une idée belle et profonde. La conscience humaine est tellement mouvante et complexe qu'elle renferme en elle tout ou presque tout, le Bien et le Mal. On peut dire, sans paradoxe, qu'un très grand nombre d'hommes sont ou ont été, virtuellement délinquants ou criminels. L'examen de conscience, conseillé par les religions, a justement pour but de rechercher, dans les replis de la conscience, toutes les pensées inavouables, toutes les tentations claires et déguisées. Cela tient, physiologiquement et psychologiquement parlant, d'abord à l'existence des instincts primordiaux de la nature humaine (instinct sexuel, orgueil, instinct de domination, la triple concupiscence de Bossuet), puis, à la complexité du jeu cérébral. Des mille sensations, impressions, désirs, pensées, que la vie sociale dépose en nous, il en est nécessairement de nombreuses, qui nous orientent vers la jouissance, le désir de domination, l'assouvissement de nos instincts de plaisir; bref, la conscience est traversée nécessairement par des convoitises, des appétits variés qui sont non moins nécessairement refoulés par la vie sociale et limités par notre puissance réelle. Chez le normal (qui sondera jamais la conscience d'un honnête homme ?), le jeu cérébral est suffisamment varié, pour qu'entre la complexité de ses désirs, et les dérivations de toutes sortes que lui offre la vie sociale, l'équilibre soit généralement possible. De plus, si les tentations effleurent la conscience par le jeu presque automatique des associations idéo-affectives, le normal a une gamme assez riche d'associations et une réserve mentale assez complexe, pour que ces tentations ne soient autre chose que des nuages, sur un fonds généralement clair et calme.

Mais, si nous supposons un déséquilibre trop marqué entre

les deux termes, soit par prédominance des instincts primitifs, soit par impossibilité de dériver les désirs, les passions, les tentations vers une fin utile ou par incapacité d'acquérir la puissance réelle qui permettrait leur satisfaction, l'individu sera orienté vers la délinquance ou le crime, « les vices », et la déchéance sociale et morale. Tous les jours, une série de sensations, de sollicitations variées, d'états instinctifs, affectifs, intellectuels, traversent donc la conscience, et ils sont accompagnés de jugements, de tendances, de résolutions, de projets, états ou actes psychologiques qui construisent, peu à peu, la personnalité, suivant des lignes et des prédispositions en général natives et comme données : les expériences s'ordonnent suivant une forme générale stable et un capital initial donné ; la qualité des sensations, des sentiments, des instincts, est, en somme, un donné primitif, qui tient à l'organisation psycho-biologique, elle-même résultat d'un immense passé biologique et d'une hérédité immédiate ou ancestrale plus ou moins visible et agissante. Si le rôle des maladies, ou de certaines d'entre elles est bien connu, il s'agit là, moins d'hérédité que de perturbations somatiques ou physiologiques apportées au germe (syphilis par exemple), l'hérédité elle-même paraissant commandée par la transmission des caractères, biologiques et psychologiques, tenant au germe lui-même. Que ce germe subisse à son tour l'influence insensible ou lente *du soma*, du corps lui-même, dans son organisation physiologique, et secondairement des modifications psychologiques, qui résument pour chaque individu le bilan de son passé et de ses expériences (au triple point de vue intellectuel, affectif et moral), cela paraît logique et comme évident, bien que les biologistes se refusent en général à admettre l'hérédité des caractères acquis. Il ne nous appartient pas de prendre position dans une question de ce genre, mais simplement de remarquer que, sans l'hérédité des caractères acquis, on ne voit pas comment un progrès psychologique reste possible au cours des âges et de l'évolution. La non-transmission des caractères acquis par des expériences nous paraît dénuée de valeur, si l'on pense à la disproportion qui existe entre la valeur cumulative formidable du capital biologique ancestral qui assure la permanence du type, dans son organisation anatomique, physiologique et, secondairement, psychologique au sens large du mot, et le caractère superficiel des variations expérimentales que des hommes peuvent essayer de transmettre, par des expériences, qui ne peuvent dépasser quelques années au plus. C'est par l'influence lente, insensible de mille vies individuelles que pourraient se produire et se trans-

mettre des variations qualitatives, dans le sens de l'amélioration, ou dans le sens de la déchéance. Il n'est pas nécessaire pour cela d'admettre exclusivement l'influence de tares extérieures qui perturberaient le type héréditaire du *dehors* en quelque sorte (infections, intoxications, etc.), sans constituer, à proprement parler, un phénomène d'hérédité. D'ailleurs, explique-t-on par des influences extérieures du même ordre, les variations qualitatives, dans le sens du talent, du génie ou de la sainteté. Sans doute, l'influence des maladies, des intoxications, des infections, de la syphilis acquise ou héréditaire, en particulier pendant la grossesse, ou au cours du développement, est trop connue, pour qu'une contradiction quelconque soit possible, sur le plan purement organique ou physiologique. Mais la question est de savoir si l'organisation physiologique paraissant respectée, dans ses fonctions de relation comme dans ses fonctions organiques et instinctives de base, l'absence d'instincts sociaux, « l'anesthésie morale », la paresse, etc., sont le fruit de tares héréditaires, ou de pures fatalités organiques, qui seraient venues perturber du dehors, dans une sorte de dissection fine, et comme élective, les fonctions d'adaptation supérieure de l'individu, ou son dynamisme affectif et moral. S'agit-il là, en général, d'hérédité psychologique ou de transformation du caractère échappant à une explication grossièrement biologique, ou vraiment, d'une déchéance, dont seules des fatalités extérieures, démontrées, ou à démontrer, seraient la cause exclusive? Autrement dit, pourquoi exclure de l'explication des perversions instinctives, de l'amoralité, etc., des causes morales ou ancestrales échappant à toute détermination matérielle (je ne parle pas seulement de l'éducation et de l'exemple social dont l'influence est évidente). Connaissons-nous la vie intérieure, les mille replis de la conscience, les virtualités cachées au fond du psychisme, d'un individu donné, réputé normal et social? Socialement honnête homme, l'est-il toujours au fond de lui-même, pour qu'on puisse affirmer qu'il ne transmettra à ses descendants que des instincts sociaux et bons? Peut-on soutenir que les individus ne seraient responsables que des tares physiologiques ou des maladies qu'ils auraient librement contractées au cours de la vie (maladies vénériennes), en tous cas, que seules des causes de ce genre expliqueraient les déchéances instinctives ou morales des dégénérés, en un mot, que le mal moral serait explicable en grande partie par la pathologie médicale?

On voit donc que du point de vue théorique la position biologique des problèmes de la criminalité pathologique ou demi-

pathologique est incomplète et ne fait pas une part suffisante, non seulement aux causes sociales, mais encore aux causes psychologiques et morales découlant du fonctionnement de la conscience. Du point de vue pratique, on peut retenir, en principe, qu'une étude raisonnée, d'inspiration médicale, peut permettre de trier, parmi un grand nombre de délinquants ou de criminels *officiels*, en quelque sorte, un certain nombre d'individus, nettement malades, au sens de la pathologie médicale ou psychiatrique : individus atteints dans leur organisation psycho-somatique, insuffisants notoires (mais alors le problème est simple), malades atteints de psychoses évolutives ou de perturbations physiologiques (transitoires ou permanentes), suffisamment nettes, pour les différencier du commun des hommes. Mais lorsqu'on atteint la criminologie, proprement dite, une grande réserve s'impose, avant d'admettre une explication purement biologique du crime ou de la délinquance ; car, dans ce domaine, entre les normaux et les criminels (supposés physiologiquement normaux dans leurs fonctions somatiques, et dans leurs fonctions intellectuelles générales), toutes les transitions existent. De l'honnête homme au criminel récidiviste existent tous les degrés. Et avant que l'étude du système nerveux ou de l'organisme ait démontré que, seule, l'absence de certaines fonctions ou l'influence de causes pathologiques nettement établies départagent les humains, entre hommes sociaux et criminels-malades, une grande marge de responsabilité doit subsister dans l'appréciation de leur conduite, et secondairement dans les mesures à proposer pour défendre la société. Ou alors supposons un Prospéro, esprit supérieur, connaissant si bien les hommes et doué d'une puissance tellement supérieure, qu'il pourra, avec un détachement philosophique parfait, juger les actions des hommes, sans passion et sans haine et les cataloguer impartialement, dans une sorte de botanique morale supérieure. Mais ceci n'est pas le rôle de l'homme. Il doit sa protection aux faibles, aux malades, aux esprits troublés dans leur fonctionnement par des causes physiologiques et même morales. Mais au delà intervient la société avec ses valeurs sociologiques, avec son code moral et légal, avec l'ensemble de ses croyances collectives, avec les valeurs essentielles que ses élites et ses idéologies morales proposent à l'obéissance ou à l'admiration des hommes. Dans le passé, ce rôle a été rempli par les religions, les philosophies et les morales qu'elles inspirent, par tout l'ensemble de l'idéal collectif, le niveau des mœurs générales, la qualité des sensibilités et de la culture humaine. A nouveau et dans une société future, les valeurs de cet ordre doivent accompagner,

éclairer l'action humaine et inspirer la science biologique de l'homme qui doit être au service d'un idéal qui la dirige et la dépasse.



La conclusion de cette étude sera que les réformes proposées, pour mieux défendre la société contre les délinquants et les criminels, que la création de centres de prophylaxie mentale, d'instituts médico-pédagogiques, d'asiles ou d'établissements spéciaux pour dépister ou redresser si possible l'enfance criminelle ou coupable, que toutes les mesures en un mot, d'inspiration médicale, basées sur une étude raisonnée et scientifique de la nature humaine normale et pathologique, que toutes ces mesures et ces projets sont excellents en eux-mêmes ; on ne peut qu'approuver les esprits qui combattent pour leur création et leur développement. Seulement, sur le plan théorique et doctrinal, une révision de certaines valeurs et de certaines tendances inspirées d'un positivisme biologique trop superficiel et trop incomplet, comme nous avons essayé de le montrer, une révision s'impose. La notion de responsabilité, de conscience morale, de personnalité psychologique et non seulement celle de personnalité biologique, doit commander et diriger des études de ce genre. J'ai voulu montrer qu'en approfondissant psychologiquement certains problèmes on s'aperçoit qu'il faut réintégrer dans l'étude des délinquants et des criminels et plus généralement dans l'étude biologique de l'homme, l'étude de la conscience, et conserver l'idée de responsabilité morale qui en découle nécessairement. Dans le jeu plus ou moins complexe de la vie intérieure des anormaux eux-mêmes, on doit retrouver des restes des grandes vérités, psychologiques et morales qui mettent à la base de l'homme la notion de responsabilité. L'homme, s'il n'est pas inconscient ou si sa conscience n'est pas profondément troublée par la maladie, n'est pas seulement un produit, mais une cause. Son jeu cérébral borné ou complexe a justement pour but et pour effet de le soustraire aux pures fatalités organiques qui dirigent presque exclusivement l'animal. L'esprit médical, s'il prétendait ignorer ces questions et traiter dans un esprit purement « biologique » les problèmes de la défense sociale contre les anormaux et les criminels, se bornerait à un pur pragmatisme superficiel. Une société, dont les idées générales sur l'homme seraient purement biologiques et positives, pourrait faire coexister un ordre apparent, une façade d'hygiène et de prophylaxie avec une réelle régression dans la connaissance véritable de l'homme psychologique et moral. Une

vue complète de la nature humaine doit comprendre l'étude de la conscience telle qu'elle se présente à nous, par l'introspection, dans ses exigences, son idéal, et ses aspirations propres. L'analyse psychologique et morale doit prolonger l'explication biologique ou psycho-technique. C'est ainsi, bien à tort, qu'un certain nombre de psychiatres considèrent la notion de responsabilité comme une notion « métaphysique » périmée. Bien au contraire, elle n'est pas seulement le fait social (on doit réparer le dommage qu'on a commis), elle est l'expression même de la conscience. Elle résulte, psychologiquement parlant, de la lutte de nos associations idéo-affectives entre elles, de l'adaptation dirigée de nos états de conscience, non seulement à une réalité matérielle et sociale donnée, mais encore à toutes les réalités secondes que la science, l'art, la morale projettent au-dessus de notre animalité primitive pour créer un monde idéal. On voit donc que le positivisme médical et biologique qui prétendrait étudier et codifier la conduite humaine au nom d'une connaissance « scientifique » de l'homme (médecine, psychiatrie, psycho-technique, etc.) doit être dépassé et comme prolongé par la connaissance réelle de la personnalité humaine, infiniment plus complexe que la conception purement sociale et utilitaire que s'en feraient des esprits trop étroitement positifs.

---

# INTERNEMENT DES ALIÉNÉS CRIMINELS

## JURIDICTION RÉPRESSIVE

### OU JURIDICTION CIVILE ?

PAR

XAVIER ABÉLY

Au cours de la discussion sur les mesures de sûreté prévues dans le projet du nouveau Code pénal, M. le Professeur Donnedieu de Vabres et Maître Clément Charpentier, qui m'ont fait l'honneur de discuter ma communication, ont particulièrement critiqué un point de mon exposé. Ils estiment, avec les auteurs du projet, que la décision de l'internement des aliénés criminels ou délinquants doit être prise par la juridiction répressive. Je soutiens, au contraire, qu'elle doit être confiée à la juridiction civile (1). Il est bien entendu que je ne vise ici que les véritables aliénés totalement irresponsables. Il m'a paru utile de reprendre cette question afin de mieux justifier mon opinion et de montrer à ceux de nos confrères qui ne seraient pas suffisamment éclairés sur ce problème l'intérêt médical juridique et humain qu'il présente. M. le Prof. Donnedieu de Vabres et M<sup>e</sup> Cl. Charpentier voudront bien m'excuser de me lancer dans une controverse que ne légitiment pas assez mes modestes connaissances de droit. Mes critiques s'adresseront d'ailleurs beaucoup moins à eux, dont

(1) La juridiction répressive a pour mission de punir les auteurs d'infractions commises contre les lois assurant l'ordre social. Toutes ses sentences ont un caractère de sanction et impliquent une faute sociale. Nous emploierons comme synonyme les termes de juridiction pénale et juridiction criminelle (le mot crime englobant toutes les infractions pénales).

La juridiction civile a surtout pour mission de statuer sur les litiges d'intérêt privé, qui naissent entre particuliers. A côté de cette juridiction contentieuse elle exerce aussi une juridiction gracieuse et possède encore des attributions variées. Toutes ces décisions ont pour trait commun de ne présenter aucun caractère de sanction sociale.



j'ai pu apprécier les tendances conciliantes, qu'aux véritables auteurs du projet dont ils nous ont rapporté les doctrines. « L'attribution de la compétence à l'égard de l'internement de sûreté à un juge autre que le juge répressif serait en contradiction flagrante avec l'esprit du projet », nous dit M. Donnedieu de Vabres.

Le problème est ainsi parfaitement posé. C'est bien contre cet esprit que je m'élève. Il entre ouvertement en conflit avec des principes qu'une tradition plus que séculaire a établis et qui n'ont rien perdu de leur valeur.

Depuis Pinel, en effet, l'opinion a prévalu que les mesures d'assistance devaient remplacer les mesures de répression à l'égard de tous les aliénés. La loi de 1838 a développé cette idée. On prétend trop souvent que les auteurs de cette loi ont négligé la question des aliénés criminels. En réalité, ils ont longuement discuté ce problème ; mais, empreints d'un large esprit d'humanité, ils n'ont pas voulu porter atteinte à ce principe que le criminel reconnu irresponsable n'est plus un coupable, mais un malade. Ce malade doit rentrer dans le cadre général des aliénés dangereux, le passage devant l'autorité judiciaire n'étant qu'un événement contingent qui ne saurait suffire à différencier une classe spéciale de psychopathes. C'est pourquoi les législateurs de 38 ont estimé, conformément au principe de la séparation des pouvoirs, que l'autorité administrative était seule qualifiée pour protéger la société contre les aliénés dangereux, qu'ils soient ou non d'origine judiciaire. Ainsi donc, l'esprit de la loi de 38 s'oppose à l'esprit du nouveau code pénal, qui tend à saper les fondements mêmes de cette loi.

De ce rappel historique, je retiendrai deux principes qui sont toujours aussi vivants et dignes d'être conservés. C'est sur eux que j'appuierai mon argumentation :

1° Principe de Droit pénal : l'imputabilité et la punissabilité ne sont pas applicables aux aliénés criminels.

2° Principe de Droit public : les pouvoirs judiciaires et administratifs ont des attributions bien distinctes.

Principe de Droit pénal. — En vertu du premier principe, le criminel ou le délinquant reconnu aliéné n'est plus un inculpé ou un coupable que l'on doit punir, mais un malade. Il échappe dès lors à la justice répressive. Dès que la juridiction criminelle, quelle que soit la forme ou l'étape dans laquelle on l'envisage, a déclaré l'absence de culpabilité, sa fonction est terminée. L'action publique est éteinte. Le juge répressif n'a donc, quoi qu'on pré-

tende, aucune qualité pour ordonner des mesures coercitives à l'égard de ce malade, son seul rôle étant de punir. Il ne saurait en être autrement tant que la conception du code criminel sera basée sur les notions de culpabilité, de responsabilité et de sanction. Or, sur tous ces points, le nouveau code pénal ne modifie pas sensiblement la doctrine antérieure.

L'internement ne peut être assimilé à une peine, à une expiation, à une flétrissure. Toute mesure privative de liberté infligée, en ses conclusions, par un tribunal pénal, est en réalité une sanction. Le nouveau code pénal, en lui accordant la compétence de prononcer l'internement sous forme de jugement, de sentence, donne à cette mesure une allure de peine. Toute sanction privative de liberté ordonnée par la juridiction répressive est considérée comme infâmante, même si elle n'a pas officiellement ce qualificatif ; et cette flétrissure atteint malheureusement la famille même du condamné. Veut-on accabler les parents de l'aliéné délinquant en ajoutant, à la tare de l'internement d'un de ses membres, le déshonneur d'une coercition d'ordre criminel ?

A ce principe pénal, qui paraissait si solidement établi, de la non imputabilité de leurs infractions aux aliénés et de leur non punissabilité (d'où découle l'incompétence des tribunaux répressifs), les auteurs du nouveau code pénal opposent des arguments que nous allons exposer et réfuter. Ces arguments consistent essentiellement à créer une confusion entre l'internement et la peine ; entre l'internement et les autres mesures de sûreté.

*L'internement et la peine.* — L'internement, nous dit-on, est sans doute une pure mesure de sécurité publique. Mais la peine a le même caractère. « La mesure de sûreté est, comme la peine, une mesure de défense sociale » (Prof. Donnedieu de Vabres). Ce rapprochement me paraît inacceptable. La peine n'est pas fondée sur l'idée de défense sociale. Ce n'est pas là son but réel et direct. Son effet sur la sécurité publique n'est qu'accessoire et a toujours été fort discuté. La peine est une liquidation du passé ; elle est le paiement d'une faute qui s'expie par un mal infligé par une souffrance. La peine se désintéresse à peu près complètement de l'avenir. Elle ne tente pas d'amender le coupable. Admettons cependant qu'elle ait une action favorable à la société par la crainte qu'elle inspire. Mais les auteurs du projet ne peuvent guère faire valoir ce caractère d'exemplarité, puisqu'ils ont augmenté l'action lénitive des circonstances atténuantes. On ne saurait surtout soutenir sérieusement que la société est efficacement protégée par la sanction pénale alors que, au terme de sa détention, le prisonnier est automatiquement remis en liberté,

même s'il est encore manifestement dangereux. La sanction criminelle ne deviendra une mesure de défense sociale que le jour où sera instituée la sentence indéterminée, qui se modèlera sur le degré de nocivité du délinquant. Cette réforme est en marche ; mais l'époque de sa réalisation est encore lointaine. Le nouveau code pénal n'ose pas s'engager encore dans cette voie à l'égard des criminels psychiquement normaux. On voit dès lors combien l'internement diffère de la peine. Son but n'est pas d'infliger une souffrance au malade mais, au contraire, de l'assister et d'essayer de le traiter. Il est, de plus, une véritable mesure de défense sociale, car il subordonne la durée du séjour asilaire à la nocivité de l'aliéné. Il n'y a donc, à l'heure actuelle du moins, aucune analogie, aucune comparaison possible entre l'internement et la sanction pénale.

*L'internement et les autres mesures de sûreté.* — Si l'internement, nous dit-on alors, n'est pas assimilable à la peine, il l'est, en tous cas, aux autres mesures de sûreté prévues par le nouveau code pénal, qui en confie la sentence aux juges répressifs. Cet argument n'est pas mieux fondé que le précédent. On oublie de rappeler que la plupart de ces mesures de sûreté (relégation, interdiction de séjour, confiscation, etc.) étaient antérieurement des « peines » dites complémentaires. On a simplement changé leur désignation, mais on n'a pas modifié leur nature. J'accorde volontiers que ces mesures sont mixtes, qu'elles réalisent, en même temps qu'un châtiment, une défense sociale. Mais elles conservent ce caractère essentiel d'être toujours l'accessoire ou le complément d'une peine principale. L'internement, qui est une privation de liberté, doit surtout être mis en parallèle avec l'autre mesure de sûreté privative de liberté : je veux dire la relégation. Celle-ci était, jusqu'à présent, une peine qui venait s'adjoindre obligatoirement à d'autres sanctions graves préalables, qu'elle impliquait. Elle était d'ailleurs considérée comme infâmante. Elle représentait une sanction très dure en sa qualité de peine coloniale. Rien n'est changé dans le projet, sinon la désignation. Mais on ne voit pas très bien en quoi cette mesure, dénommée désormais « internement dans une maison de travail », diffère du bagne. Je dirai même que, malgré le changement d'étiquette, elle se rapproche plus encore qu'autrefois de la « peine ». Elle assurait auparavant la défense sociale de façon réellement efficace puisqu'elle était perpétuelle. Les auteurs du projet lui ont enlevé le caractère primordial d'une mesure de sûreté en lui donnant une durée maxima, déterminée d'avance par le jugement. Aucune de ces particularités, qui font de la relégation une

peine véritable, n'est applicable à l'internement asilaire des psychopathes irresponsables. Le projet établit donc une confusion fâcheuse entre l'asile et le bague. Conclure de la compétence du juge répressif à l'égard des bagnards à sa compétence à l'égard des aliénés est vraiment excessif. En somme, il y a en réalité deux sortes de mesures de sûreté : celles qui sont les compléments d'une peine, qui ne font qu'un avec elles et qui ne s'appliquent qu'à des sujets responsables, psychiquement normaux ; celles-ci relèvent incontestablement du juge répressif ; 2° l'internement qui diffère autant des mesures précédentes qu'il diffère de la peine proprement dite, et pour lequel le juge répressif n'a donc aucune compétence (1).

Faute d'autres principes, il reste toujours aux auteurs du projet le principe d'autorité. Ils peuvent sans doute attribuer arbitrairement à la juridiction criminelle des pouvoirs plus étendus. Je n'en persiste pas moins à croire que, ce faisant, ils commettent un abus de droit violent la légalité actuelle (2).

(1) On pourra m'objecter que, dans le nouveau code pénal, la mesure d'internement est parfois aussi complémentaire d'une peine. C'est ce qu'établit le projet à l'égard des demi-responsables. Cette question sort quelque peu de notre sujet puisque nous n'envisageons que les grands malades mentaux irresponsables. Je dois répéter cependant ce que j'ai dit à la séance de décembre : je ne puis, avec la plupart de mes collègues, accepter cette dualité de mesures, véritable hérésie médicale, qui consiste à faire subir d'abord une peine de prison à des anormaux dont « l'état nécessite des soins » (ce sont les termes mêmes du projet). Le Prof. Donnedieu de Vabres reconnaît qu'« il est fort peu indiqué que la sanction répressive doive précéder la mesure curative ». Il ajoute : « Si, à l'égard de certains, défectueux mentaux, la mesure de sûreté doit être entièrement substituée à la peine — ce qui est probable — il vaut mieux le dire. » Nous disons, en effet, qu'il faut pour ces anormaux des établissements spéciaux.

(2) Cette argumentation, strictement basée sur un principe de droit pénal, pourra paraître à certains par trop théorique. Je montrerai tout à l'heure qu'elle aboutit à des conséquences pratiques fort importantes. Mais je tiens à faire remarquer tout de suite que cette position doctrinale est ici nécessaire. Nous ne devons pas oublier que nous sommes sur le terrain juridique, où la rigidité des principes et des qualifications limite toute discussion. Je n'en veux citer qu'un exemple, qui me paraît suggestif : au cours de mon exposé récent, je soutenais qu'il serait parfois utile de faire subir la sanction pénale à l'asile (cas des demi-responsables dont je parlais au renvoi précédent, qui doivent, d'après le projet, subir concurremment la peine d'emprisonnement et la mesure d'internement). La réponse très conciliante du Prof. Donnedieu de Vabres ne m'a opposé qu'une objection de principe qui est celle-ci : quelle que soit la rigueur de l'asile de sûreté, une peine ne peut être subie dans un établissement d'aliénés : « Il faut conserver la correspondance entre la qualification et le régime », c'est-à-dire entre la peine et la prison. Il y a, me semble-t-il, une analogie entre cette formule et celle que je soutenais tout à l'heure : la peine, celle d'emprisonnement notamment, n'est pas assimilable à l'internement asilaire. Ne pourrait-on pas en conclure aussi qu'il faut une concordance en-

**Principe de droit public.** — Le deuxième principe, conforme à l'esprit de la loi de 38, est que l'autorité administrative est seule qualifiée pour ordonner l'internement des aliénés dangereux, quelle que soit leur origine. L'internement est une mesure privative de liberté ; or, deux autorités ont seules le pouvoir de priver un citoyen de sa liberté : ce sont l'autorité administrative et l'autorité judiciaire répressive. Mais leurs droits s'exercent dans des conditions aussi différentes que rigoureusement fixées. La délimitation de ces prérogatives respectives est basée sur le principe essentiel de droit public qu'est la séparation des pouvoirs et notamment du pouvoir administratif et du pouvoir judiciaire. L'autorité administrative est autorisée à prendre des mesures privatives de liberté toutes les fois qu'elles sont justifiées par un risque que peuvent faire courir à la société certains individus et notamment certains malades dangereux. C'est ainsi qu'en cas d'épidémie, l'administration a le droit de prescrire des mesures d'isolement. En ce qui concerne les aliénés dangereux, aucun doute n'est possible. Les textes constitutionnels sont formels ; ils n'ont pas varié depuis la loi de 1790. Ils font rentrer dans les attributions administratives « le soin de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par des insensés, par des furieux en liberté ». Le rôle de l'autorité administrative est donc bien nettement établie : il est préventif, prophylactique. Cette autorité ne doit pas attendre la réalisation de l'acte anti-social ; elle doit le précéder ; elle doit assurer la sécurité publique avant la consommation du danger.

Le rôle de l'autorité judiciaire répressive, dans les mesures privatives de liberté, est tout différent : il est punitif. Il implique deux conditions préalables : 1° Un sujet punissable, c'est-à-dire responsable, auquel l'infraction puisse être imputée ; 2° Un acte anti-social réalisé et prévu par le Code pénal. Il est bien évident qu'aucune poursuite judiciaire et qu'aucune sanction n'est possible si un délit n'a pas été commis. Les mesures de défense sociale que nous avons distinguées de l'internement impliquent la même condition ; elles exigent elles aussi une infraction préalable. La relégation en particulier réclame même une multiplicité d'actes anti-sociaux antérieurs. Donc, en ce qui concerne l'aliéné criminel, le délit, ne lui étant pas imputable, est désormais au point de vue juridique considéré comme s'il n'avait pas existé. On fait table rase de ce passé. On ne le retient qu'à titre indicatif

tre la qualification de la mesure et l'autorité qui l'ordonne ? Encore faudrait-il que l'on ne puisse faire varier les qualifications suivant les besoins de la cause.

pour l'avenir. Autrement dit, le criminel aliéné est ramené à l'état de celui qui n'a commis aucune infraction sociale, mais qui est simplement susceptible d'en commettre. Selon une heureuse expression du Prof. Garçon : l'aliéné criminel est simplement « un aliéné qui a été interné trop tard ». Le délit est sensé avoir été commis pendant l'internement fictif qui aurait dû le précéder. En somme, l'action de l'autorité judiciaire répressive se justifie par un événement passé tandis que l'action de l'autorité administrative a pour justification un événement futur. C'est en vertu de ce principe de séparation des fonctions que la loi de 38 a enlevé à la justice l'aliéné délinquant, qui cesse d'être un coupable pour devenir simplement un malade dangereux, et l'a placé sous la tutelle de l'autorité administrative, seule qualifiée parce que le crime est effacé, mais que le danger persiste.

Confier à la juridiction pénale répressive l'ordre de collocation à l'asile, ce serait donc autoriser celle-ci à sortir de ses attributions et commettre un abus de pouvoir, car de par des textes célèbres, « les tribunaux ne peuvent entreprendre sur les fonctions administratives », « les administrations départementales ne pourront être troublées dans l'exercice de leurs fonctions par aucun acte du pouvoir judiciaire ». Les réformateurs du Code n'ont cependant pas hésité à substituer la juridiction répressive à l'administration. Ils l'ont fait sciemment et volontairement. Le Prof. Donnedieu de Vabres déclare que « les auteurs du projet ont confié au juge répressif un rôle administratif ». Une telle dérogation ne saurait s'appuyer que sur des motifs particulièrement graves qu'on ne nous indique que très imparfaitement et dont la valeur paraît contestable.

*Exceptions possibles.* — Est-ce à dire qu'il n'y a aucune exception possible à ce dogme de droit public qu'est la séparation des pouvoirs ? Si, mais à condition qu'elle soit motivée par des raisons impérieuses. La loi de 38 nous en a donné elle-même un exemple : contrairement à la règle exigeant que les actions intentées contre l'administration soient de la compétence exclusive des tribunaux administratifs, elle a permis que le recours contre l'arrêté préfectoral d'internement soit de la compétence des tribunaux judiciaires. Ces tribunaux interviennent quand il y a une présomption d'abus de pouvoir de l'administration. La loi de 38 permet donc à l'autorité judiciaire de confirmer ou d'infirmer, s'il y a lieu, l'ordre d'internement administratif. Dans un large esprit de libéralisme, les législateurs de l'époque ont voulu donner une garantie supérieure à la légitimité de l'internement administratif en le faisant contrôler par des tribunaux d'un autre

ordre, dont aucune complaisance à l'égard de l'administration ne pouvait être suspectée. Mais, fait essentiel, ils ont eu soin de confier intentionnellement cette mesure de garantie à un tribunal judiciaire civil, afin que le renouvellement de l'ordre d'internement ne soit entaché d'aucun caractère pénal. De plus, la décision doit être prise par la Chambre du conseil afin de lui enlever toute publicité. Il est à remarquer que, dans le même esprit, la loi de 38 a confié le contrôle des Asiles à un certain nombre de magistrats ayant qualité de juges civils, notamment au Président du Tribunal civil. Ce choix est significatif.

L'exemple que nous venons de citer est précieux ; il nous montre que dans des cas très spéciaux une dérogation à la règle générale peut être admise et nous permet d'en fixer les conditions primordiales. Ces conditions sont les suivantes :

1° La mesure d'internement judiciaire ne doit avoir aucun caractère de sanction, de peine, de déshonneur apparent. Elle doit représenter une simple mesure préventive, une mesure de sécurité publique.

2° Elle doit être justifiée par des motifs puissants.

L'attribution de l'internement des aliénés criminels à la juridiction pénale réalise-t-elle ces deux conditions ?

La première se réfère au principe de droit pénal que j'ai discuté plus haut. Elle suffirait à elle seule à éliminer la juridiction criminelle.

Examinons cependant la deuxième condition. Pour justifier l'intervention du juge répressif, ses partisans font valoir deux motifs importants : ils invoquent d'une part la défense sociale, d'autre part la compétence pratique du juge criminel.

**Motif de Défense Sociale.** — Ceux qui réclament la dérogation au principe de la séparation du pouvoir pour tous les placements asilaires, font valoir généralement la nécessité d'apporter des garanties supplémentaires à la légitimité de l'internement ou à la sécurité publique. L'intervention de la justice en faveur des aliénés ordinaires est réclamée dans le but, d'ailleurs illusoire, de prévenir les prétendus internements arbitraire. Pour ces malades, le seul contrôle envisagé est d'ailleurs celui du tribunal civil.

A l'égard des aliénés judiciaires, le point de vue est différent ; il ne peut être question ici d'internement abusif, puisque l'examen médical, qui aboutit à la non-inculpation, s'effectue sur l'ordre et sous la surveillance de la justice. Il ne peut donc s'agir que

de mieux assurer la sécurité publique. Le premier motif mis en valeur est donc que ce but sera plus efficacement atteint grâce à la juridiction répressive. Ce prétendu renforcement de la défense sociale me paraît fort discutable ; je dirai même que la société sera moins bien défendue. Je m'appuierai pour le démontrer sur une question capitale et laissée un peu trop dans l'ombre : je veux parler de la responsabilité de l'autorité qui ordonne l'internement. Une décision aussi sérieuse ne peut être prise avec toute la réflexion désirable que si elle entraîne l'entière responsabilité de son auteur. La sécurité publique est étroitement liée à cette responsabilité ; surseoir à l'internement d'un malade dangereux peut avoir des conséquences sociales considérables. Or, dans l'état présent, la responsabilité personnelle du Préfet est nettement engagée, s'il n'a pas prononcé un ordre de placement nécessaire. La loi de 38 lui fait une obligation absolue d'interner un aliéné qui lui est signalé comme dangereux (art. 18 de la loi du 38 ; arrêt du conseil d'état du 23 janvier 1931). Le Préfet commet donc une faute grave s'il ne prend pas d'arrêté d'internement à l'égard d'un malade criminel, dont la nocivité lui est notifiée par le Procureur. C'est une responsabilité réelle effective.

Comparons cette responsabilité à celle de la juridiction répressive, à qui le nouveau projet confie la mesure de placement asilaire. Tandis que le préfet est en quelque sorte lié par cette notification d'état dangereux que lui adresse la justice, et qui lui crée une véritable obligation d'internement, le magistrat répressif devra juger, si je puis dire, de première main. Il devra apprécier immédiatement le degré de dangerosité de l'aliéné criminel et en tirer des conclusions sur l'utilité de l'internement. La latitude de sa décision sera donc beaucoup plus large et, son obligation moins marquée, plus facultative. En conséquence, les possibilités d'erreur seront beaucoup plus grandes. La faculté d'appréciation qui lui est laissée pourra aboutir à des accidents graves. Sa responsabilité devrait donc être accrue. C'est cependant le contraire qui va se produire. On sait que, pour sauvegarder l'indépendance des magistrats, la loi a rendu extrêmement difficile, sinon impossible, la mise en jeu de leur responsabilité. Si la responsabilité d'un juge pris individuellement est si délicate à attaquer, la difficulté sera bien plus grande encore à l'égard de la responsabilité collective d'un tribunal. Mais cette difficulté deviendra sûrement une impossibilité lorsqu'on sera en présence de la juridiction répressive. A tous les échelons en effet de la procédure criminelle, la mesure d'internement pourra être prise, depuis la phase initiale de l'instruction jusqu'au stade terminal du tribu-



nal correctionnel et de la cour d'assises, en passant par les étapes de la Chambre des mises en accusation et des présidents de ces divers tribunaux. On voit que le nombre des magistrats qui vont être investis de ce droit redoutable sera fort élevé. De plus, le défaut de permanence et la variabilité de certains de ces tribunaux vont non seulement morceler mais éparpiller les responsabilités. Là où il faudrait une responsabilité unique, il n'y aura plus qu'une responsabilité anonyme et dispersée, dont on aura bien de la peine à rechercher et à retrouver la part individuelle (1). C'est assez dire que la défense sociale n'en sera certes pas mieux assurée.

**Motif de compétence pratique du juge répressif.** — Le deuxième motif de dérogation à la séparation des pouvoirs, invoqué en faveur du juge répressif, est un motif d'opportunité. Il est basé sur la prétendue compétence pratique de ce juge. C'est ce dernier, dit-on, qui connaît le mieux l'inculpé et qui peut le mieux apprécier la mesure qui lui conviendra. La juridiction répressive est fort bien renseignée sur la réaction antisociale de l'aliéné. Donc, elle est qualifiée avant toute autre pour juger de l'état mental du malade et pour évaluer la nécessité de l'internement. Le Prof. Donnedieu de Vabres exprime, sous une autre forme, la même opinion : « la mesure de sûreté relève normalement de ceux qui

(1) Cette responsabilité, même ainsi réduite, n'a pas échappé aux auteurs du projet et leur a sans doute inspiré quelque inquiétude. Ils ont, en effet, décidé que ne seront internables par la juridiction répressive que les aliénés ayant commis une infraction punie d'un emprisonnement égal ou supérieur à deux ans. Je m'étais demandé, avec quelque simplicité, quelle pouvait être la raison juridique de cette limitation. J'ai cru comprendre, depuis, que cette disposition avait été déterminée par des considérations assez pratiques. Je crains que la pensée intime des réformateurs ne soit la suivante : si le crime est évident, si la nocivité de l'aliéné est incontestable, c'est-à-dire si aucune responsabilité n'est encourue dans la décision d'internement, la justice interviendra. Mais toutes les fois que le délit aura peu de gravité, que l'ordre de placement pourra paraître litigieux, le juge en laissera le soin au Préfet. M. le Prof. Donnedieu de Vabres reconnaît que « les auteurs du projet ont pensé que les infractions dont la peine maxima n'atteint pas ce chiffre ne révèlent pas de façon suffisamment certaine l'état dangereux du délinquant, pour que l'internement judiciaire doive nécessairement s'ensuivre. Il ne faut pas oublier qu'à côté de l'art. 72 le droit commun de la loi de 38 subsiste et que l'internement, s'il est nécessaire pour la sécurité publique, peut toujours être ordonné par l'autorité administrative ». Je trouve cette discrimination inacceptable parce que nettement injuste. Si l'on confie la décision d'internement à la Justice, il faut que celle-ci intervienne dans le placement de tous les aliénés judiciaires et que la responsabilité lui en incombe dans tous les cas. Toute autre disposition entraînerait une intrication inadmissible de compétence et de responsabilité.

ayant instruit l'affaire ont pu apprécier l'état dangereux des délinquants ». Cet argument semble à première vue assez valable, mais il se montre fort critiquable à un examen plus attentif. Je reprocherai à cette assertion de n'être qu'un apparent syllogisme car ses conclusions dépassent de beaucoup ses prémisses. La compétence pratique de la juridiction criminelle n'a pas l'étendue qu'on entend ainsi lui accorder. Elle est au contraire nettement limitée. Elle n'a le droit de connaître que de l'infraction qu'elle doit juger. Le juge d'instruction ne peut instruire que sur le délit dont il est saisi par le Procureur. Les tribunaux répressifs ne peuvent statuer que sur les faits précis qui leur ont été déférés par l'ordonnance du juge d'instruction, s'il s'agit du Tribunal correctionnel, et par la Chambre des mises en accusation, s'il s'agit de la Cour d'assises. La juridiction répressive n'a pas le droit d'élargir la poursuite. Si un nouveau délit se révèle au cours de l'instruction ou au cours des débats, elle n'a pas le droit de s'en saisir. Dans le même ordre d'idées et sur le plan médico-juridique qui nous intéresse, la juridiction criminelle n'a le pouvoir d'apprécier la responsabilité de l'inculpé, basée sur l'état mental de ce dernier, que dans une phase très limitée, celle du moment de l'acte. Son droit de conclusion sur ce point ne s'étend que sur une tranche déterminée de l'évolution psychique du sujet. Si elle découvre un autre crime commis par l'inculpé et révélant un état mental et une responsabilité différents, les conclusions nouvelles que comporterait ce nouvel acte antisocial ne sont plus de sa compétence. Supposons que le tribunal répressif ait à connaître d'un crime commis par un épileptique en dehors de toute crise en état quasi normal et ait admis la responsabilité. Il apprend que ce sujet a commis un autre crime au cours d'un paroxysme pathologique, qui le plaçait en état d'irresponsabilité évidente. Le tribunal ne saurait, sans sortir de son rôle, modifier ses conclusions, quelle que soit la dangerosité habituelle de ce malade, et, à plus forte raison, en tirer les déductions nécessaires au point de vue de la défense sociale. Il n'est pas de sa compétence de rechercher une responsabilité générale, mais seulement une responsabilité localisée. Il est certain que cette obligation de juger sur un épisode isolé, détaché d'un ensemble de réactions antisociales et de toute une évolution psychopathique, ne permet pas de faire la synthèse nécessaire de tous les éléments justificatifs d'un internement. Ces données peuvent sans doute être utilisées par le juge répressif à titre d'information, mais il ne peut en tirer des conclusions juridiques.

Si la juridiction répressive n'a pas le droit de juger des actes antérieurs au crime, elle a encore moins celui de juger des actes postérieurs qui lui échappent plus complètement encore. Elle n'a pas compétence pour apprécier les troubles mentaux actuels et en déduire des conséquences sur la nécessité présente de l'internement. Or, le placement à l'asile ne peut être légitimé que par une maladie psychique actuelle. L'instruction a duré souvent plusieurs mois et bien des modifications ont pu se produire durant cet intervalle. Des signes psychopathiques ont pu se dissiper en un temps fort court. Ils ont pu disparaître avant la fin de l'instruction et même avant le premier interrogatoire. C'est le cas, par exemple, d'un individu qui a commis un crime au cours d'une confusion mentale guérie au moment où la décision de placement devrait être prise. C'est encore le cas d'un délit effectué dans une crise maniaque terminée lors de la comparution. Devant le tribunal, on se trouvera souvent en présence de sujets améliorés mentalement. Par contre, une psychose a pu évoluer rapidement depuis l'acte délictueux. La juridiction répressive, après avoir reconnu l'inculpé irresponsable au moment de l'acte, va-t-elle s'arroger le droit d'apprécier s'il existe des séquelles ou des complications psychiques au moment du jugement ? Pourquoi dès lors ne se permettait-elle pas aussi de prononcer le placement à l'asile d'un inculpé dont les troubles mentaux sont apparus seulement au cours de l'emprisonnement préventif et qui n'ont aucun rapport avec l'acte incriminé ? Il ne nous paraît pas douteux que dans les deux cas le tribunal criminel sortirait de ses attributions et dépasserait sa compétence. Donc affirmer que le fait d'avoir instruit l'acte délictueux donne aux juges répressifs le droit de se prononcer sur la nocivité actuelle de l'inculpé et de décider de l'opportunité présente de l'internement me paraît bien une déduction abusive. Ajoutons que cette limitation de compétence de la juridiction répressive à la seule infraction précise qui lui est référée s'appuie sur des raisons capitales. Elle a pour but de donner à l'inculpé toutes les garanties désirables, de le préserver de tout abus, de toute fantaisie de poursuites mal fondées. Le Code d'instruction criminelle a établi des sanctions graves à cet effet : le procureur, par exemple, ne peut y contrevenir sous peine de nullité et même de prise à partie. On ne saurait donc enfreindre cette règle essentielle sans une utilité majeure que l'on ne peut vraiment pas invoquer ici.

Il résulte nettement de l'exposé précédent que, dans la procédure de l'internement des aliénés criminels une deuxième étape est indispensable, après la déclaration de non imputabilité et

d'irresponsabilité faite par le tribunal criminel. Cette deuxième étape doit être confiée à une autorité nouvelle, autre que la juridiction répressive, et jouissant, sans contestation possible, d'une compétence plus étendue. Cette autorité complémentaire doit avoir, en effet, un pouvoir d'appréciation beaucoup plus large de l'activité anti-sociale de l'aliéné et de l'évolution de ses troubles mentaux, suivie jusqu'à la veille du placement. Elle doit avoir qualité pour ordonner un nouvel examen mental qui s'impose avant la décision d'internement (prérogative qui échappait juridiquement au tribunal répressif). Cet examen portera sur l'état mental actuel et la dangerosité présente du malade. Il est certes probable que cette nouvelle observation médicale, dans un bon nombre de cas, confirmera la persistance des troubles signalés au moment de l'acte par le rapport médico-légal proprement dit. Mais, dans d'autres cas, elle notera des modifications importantes susceptibles de ne plus justifier l'internement ou de légitimer au contraire un placement, qui ne paraissait pas s'imposer antérieurement.

L'obligation de cette nouvelle expertise est d'ailleurs conforme à la légalité. D'une manière générale, on ne peut placer un malade à l'asile sans une enquête actuelle et sans un avis médical récent, concluant à la nécessité du placement. La loi exige que tout certificat d'internement volontaire ne date pas de plus de 15 jours. Les nouveaux projets de loi modifiant la loi de 38 imposent avec raison pour les placements d'office la même garantie. La pratique en sera bientôt générale. Plusieurs départements ont réalisé depuis longtemps cette réforme. Dans la Seine, en particulier, l'arrêté préfectoral est toujours précédé d'un certificat médical rédigé immédiatement avant l'internement. A l'heure actuelle, le placement des aliénés criminels rentrant dans le cadre commun des placements d'office, le médecin de la Préfecture de police établit un certificat préalable. Il n'y a aucune raison, en effet, pour que ce certificat ne soit pas également obligatoire à l'égard des malades délinquants, dans les mêmes conditions de garantie et les mêmes délais de validité. Il n'en serait pas ainsi cependant si l'internement des aliénés criminels était confié à la juridiction répressive, qui ne pourrait baser sa décision que sur le rapport médico-légal primitif (1). Cette seconde étape nécessaire

(1) Cette dernière étape de l'examen psychiatrique de l'aliéné criminel se justifie aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue juridique et légal. Dans la procédure actuelle il y a dans les conclusions réclamées à l'expert une confusion regrettable entre l'irresponsabilité au moment de l'acte et la nécessité de l'internement au moment du jugement. Ce sont là

de la procédure d'internement est dévolue actuellement à l'autorité administrative. Lorsqu'un inculpé bénéficie d'un non-lieu ou d'un acquittement en raison de son aliénation mentale, le Ministère public met généralement le malade à la disposition de l'autorité préfectorale et le Préfet prend alors ses responsabilités.

Il paraît difficile de soutenir que la substitution de la juridiction pénale à l'autorité administrative entraînerait une amélioration de la procédure présente. En somme, il n'y a aucun motif vraiment déterminant pour abandonner, sous cette forme, le principe de la séparation des pouvoirs.

En résumé, au terme de cette partie critique de mon article, on voit que tous les arguments des partisans du juge répressif, qu'ils soient d'ordre pénal ou d'ordre social, ou qu'ils se réfèrent à la prétendue compétence de la juridiction criminelle sont discutables. On peut même dire que cette réforme représenterait plutôt un recul qu'un progrès. Cette conclusion pourrait laisser croire que je suis un défenseur de la tradition établie, que je désire le maintien du *statu quo* et que mon exposé aboutit à une œuvre négative. Il n'en est rien. Je suis simplement l'adversaire de la compétence de la juridiction répressive dans l'internement des aliénés criminels. Mais je ne prétends pas que la façon actuelle de procéder soit parfaite. Je lui trouve au contraire des inconvénients importants. Je suis nettement partisan de l'intervention de la Justice, mais sous la forme exclusive de la juridiction civile.

**Compétence de la juridiction civile.** — Cette compétence de l'autorité judiciaire (envisagée ici dans son acception la plus générale) me paraît justifiée pour les raisons suivantes : la Jus-

deux points de vue différents. Il serait utile de ne pas laisser subsister cette ambiguïté même dans le domaine médical. L'expertise médico-légale destinée à la juridiction répressive ne devrait pas préjuger de l'état mental au moment du placement asilaire possible. Sans doute le diagnostic médical comporte, même tacitement, un pronostic qui aura son influence sur les mesures de défense sociale. Mais dans ce rapport médico-légal des conclusions relatives à l'internement ne devraient ni être indiquées par l'expert, ni être sollicitées par le juge. Trop souvent la notion d'irresponsabilité ou de responsabilité est déterminée par la prévision des mesures qui pourront être prises à l'égard de l'inculpé. L'existence d'une deuxième phase où sont envisagées par d'autres médecins et par d'autres autorités les conséquences de l'irresponsabilité pénale doit avoir pour résultat de libérer l'auteur de l'expertise criminelle de ses préoccupations perturbatrices. Supprimer au contraire cette deuxième étape (c'est-à-dire confier l'internement à la juridiction répressive), c'est non seulement maintenir l'ambiguïté déplorable que je signale, mais c'est encore lui donner une vigueur nouvelle et même lui accorder une valeur officielle.

tice a déclanché la procédure qui aboutira au placement asilaire. C'est elle qui, sous la forme initiale de la juridiction criminelle, a révélé l'acte anti-social, indice de la nocivité de l'aliéné ; c'est elle qui a pris l'initiative des poursuites et ordonné l'emprisonnement préventif ; c'est elle qui a instruit l'affaire, qui a prescrit l'expertise médico-légale, et qui en a adopté les conclusions ; c'est elle qui a déclaré l'irresponsabilité du malade dans l'acte incriminé. En cela, la suggestion des partisans du juge répressif est à retenir, à condition de ne pas en tirer des déductions exagérées qui étendraient la compétence de ce juge au delà de la première phase. J'en conclus simplement que la juridiction criminelle a engagé la responsabilité de la Justice à l'égard de l'aliéné criminel. Nous retrouvons ici cette notion, grosse de conséquences, de la responsabilité des autorités dans la mesure du placement. Nous avons vu que la responsabilité du Préfet est lourdement mise en cause dans la décision de l'internement des malades dangereux en général. Le Préfet, parfois insuffisamment renseigné par la juridiction répressive, va-t-il être obligé de prononcer cette grave mesure dans ce cas très spécial, où, jusque-là, son initiative et son action personnelle ont été nulles ? Le contraindre à endosser cette charge me paraît, en la circonstance, injustifié et même inique. Sa situation peut être parfois fort délicate. On peut envisager, par exemple, des cas de divergence d'opinion entre le médecin-expert judiciaire et le médecin administratif (que le Préfet aura chargé de contrôler et de mettre à jour le diagnostic et le pronostic précédents). Il me paraît donc équitable que la justice, engagée dans la première phase de la procédure, prenne aussi la responsabilité de la deuxième étape. Il me paraît également juste que la Justice, et non le Préfet, prenne à sa charge la grave décision de la sortie de l'asile des aliénés criminels, qu'elle a fait interner. On peut donc admettre, en cette matière, une dérogation au principe de la séparation des pouvoirs (1). Le seul problème qui se pose est de savoir à quelle forme d'autorité judiciaire on accordera cette prérogative. Il est, je crois, résolu, grâce à tout notre exposé précédent. Il nous semble impossible de la confier à la juridiction criminelle, car ce serait un précédent grave d'étendre de façon abusive les pouvoirs de celle-ci. Il ne reste donc que la juridiction civile. C'est bien à elle qu'il faut donner la compétence dans la mesure de l'interne-

(1) Il est bien entendu que la compétence de la Justice devra s'étendre sur tous les aliénés judiciaires, quelle que soit la gravité de l'infraction commise et l'importance de la peine encourue. L'autorité administrative devra être dégagée de toute responsabilité à l'égard de ces malades.

ment des aliénés criminels. Il doit en être ainsi, non seulement parce que l'autorité judiciaire forme un tout, et que ses juridictions sont en quelque sorte solidaires, mais encore parce que la plupart des critiques, qui m'ont fait rejeter la compétence de la justice criminelle, ne sont plus valables à l'égard de la justice civile. Les décisions de cette dernière n'ont plus aucun caractère de sanction et de déshonneur. Son domaine peut être étendu sans danger. Il n'y a pas d'inconvénient à ce qu'elle possède un large droit de regard sur toute l'activité pathologique du criminel, sur toute l'évolution des troubles mentaux de ce dernier, et particulièrement sur les troubles présents, à ce qu'elle apprécie enfin la responsabilité générale et actuelle du malade. Bien mieux, il est à peine besoin de lui octroyer cette compétence de façon formelle, comme une extension de pouvoir, car elle la possède déjà. La loi de 38 lui attribue expressément un rôle de contrôle de tous les internements. A cet effet, elle a le droit de faire des enquêtes, de provoquer des expertises médicales, d'élargir à volonté le champ de ses investigations sur les aliénés dangereux ou non. Pourquoi vouloir accorder un pouvoir exagéré à la Justice criminelle, alors que la Justice civile possède déjà sur ce point une compétence traditionnelle ? Si cette qualification si logique du Tribunal civil était admise, les formalités s'effectueraient de la façon suivante : La juridiction pénale, dont l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt, aurait prononcé le non-lieu ou l'acquittalment d'un inculpé, reconnu aliéné et irresponsable, devrait renvoyer ce dernier devant le Tribunal civil, siégeant dans le même arrondissement. La juridiction civile saisie devrait à son tour prendre connaissance du dossier, élargir, s'il y avait lieu, l'enquête, ordonner un nouvel examen mental et statuer finalement sur l'internement ou la mise en liberté. Je dois faire remarquer que cette procédure serait conforme au texte voté par la Chambre des députés et au projet Gérante, auquel avait collaboré l'éminent spécialiste de la question des aliénés criminels qu'était le D<sup>r</sup> Colin.

Je dois reconnaître toutefois qu'une difficulté subsiste encore. Parmi les objections que je formulais contre la juridiction répressive, j'ai signalé le caractère collectif et anonyme de sa responsabilité. Cette critique, me dira-t-on, atteint également le Tribunal civil. Cette remarque est exacte et je n'ai pas manqué d'en tenir compte. Notons tout d'abord que le seul Tribunal à qui la compétence serait accordée serait le Tribunal de 1<sup>re</sup> Instance. Il y aurait là déjà une réduction sensible du nombre des magistrats qualifiés, par rapport à la multiplicité des tribunaux et des juges répressifs. Cette responsabilité serait plus stable et moins

dispersée. Mais je suis bien d'avis que cette légère supériorité ne saurait nous suffire. L'expérience de l'activité de la Chambre du Conseil, que nous a donnée la pratique de l'art. 29 de la loi de 38, n'est pas très satisfaisante. Elle nous a montré, en présence de décisions parfois intempestives, l'impossibilité de mettre en jeu la responsabilité de ce tribunal cependant fort réduit. La condensation, la personnalisation de la responsabilité de l'internement, qui serait ainsi assimilable à celle du Préfet, apparaît plus importante encore pour l'autorité judiciaire que pour l'autorité administrative en raison de la protection exceptionnelle accordée à la magistrature. C'est pourquoi, je pense, qu'il n'y a qu'une solution ; c'est de confier l'internement à un juge civil unique et toujours le même. Le procédé du jugement par un seul magistrat, qui a été souvent proposé en d'autres matières, pourrait recevoir utilement ici un premier essai d'application. Il existe d'ailleurs une personnalité judiciaire, qui, par son autorité propre, par ses prérogatives individuelles, lui permettant de prendre isolément des décisions, par les attributions que lui a déjà accordées la loi de 38, serait toute désignée pour jouer un tel rôle : nous voulons parler du Président du Tribunal civil. Toutefois, si cette charge nouvelle constituait un surcroît de travail trop considérable pour ce magistrat, il n'y aurait que des avantages à ce qu'un juge particulier, délégué par le Président du Tribunal civil, soit chargé de cette fonction. Tôt ou tard, avec l'extension probable de l'intervention judiciaire, en matière d'internement, il sera indispensable de créer une organisation particulière ayant à sa tête un magistrat spécialisé. J'aurais voulu préciser davantage, en ses détails, ma conception de la procédure d'internement des aliénés criminels. Je dirai simplement que je la vois fort bien réalisée, pratiquement, par l'intermédiaire des Commissions médico-judiciaires depuis longtemps réclamées. Cette Commission serait présidée par le Président du Tribunal civil ou par le Juge délégué. Entouré des compétences médicales nécessaires, ce magistrat pourrait, en toute connaissance de cause, en toute certitude de légitimité et de régularité, prendre une décision d'internement et donner à cet ordre la garantie d'une responsabilité effective.

#### Addendum. — Arguments pratiques

Mon argumentation a porté sur le fond de la question. Mais il y aurait aussi des arguments de forme ou plus exactement de pratique à faire valoir qui ont une réelle importance. On constate



dans le projet de Code pénal une certaine méconnaissance des nécessités pratiques d'application. La longue expérience des internements administratifs nous fournit pourtant un enseignement dont il faut tenir le plus grand compte. Elle nous apprend qu'une unité de vues, une permanence de méthodes, une centralisation des décisions sont indispensables en matière de placement asilaire. Or, la juridiction répressive ne peut pas réaliser cette unification nécessaire. Il nous faut rappeler encore qu'elle est une autorité fort dispersée, une sorte d'être abstrait dont les personnifications sont multiples et variées. Chacune de ces personnalités aura le droit de prononcer l'internement selon des directives aussi individuelles que diverses. De plus, certains tribunaux répressifs, telle la Cour d'Assises, ne sont pas permanents. D'où des difficultés possibles. Supposons, par exemple, qu'au cours d'une session d'assises, une expertise mentale soit ordonnée, dont les conclusions ne pourront pas être soumises à cette session. Si l'irresponsabilité apparaît évidente, qui sera chargé de prendre l'arrêté d'internement ? Un nouveau juge d'instruction, la Chambre des mises en accusation, la prochaine Cour d'Assises ? Il s'agira toujours, en tous cas, de magistrats nouveaux, qui n'auront qu'une connaissance imparfaite des débats ayant motivé l'expertise.

L'application pratique se complique bien davantage encore. Selon le nouveau Code pénal, le juge répressif, qui a ordonné la mesure de sûreté, étend définitivement sa tutelle sur l'aliéné criminel durant son internement. Le projet spécifie qu'il devra « prononcer la durée » du séjour à l'asile, ce qui signifierait, d'après les explications qui m'ont été données, non pas que le juge fixerait d'avance la durée de l'internement, mais qu'il serait chargé de prendre, en temps utile, la décision de la sortie. Ceci impliquerait que le magistrat devrait suivre l'évolution de la maladie. Cette disposition serait d'ailleurs logique, puisqu'on a confié à ce juge toute la responsabilité de la mesure de sûreté. Il n'est pas douteux, d'autre part, que la juridiction répressive étant substituée à l'autorité administrative, toutes les formalités qui incombent à cette dernière, tous les incidents importants survenus pendant le séjour asilaire de l'aliéné seront désormais de la compétence de l'autorité nouvelle. On peut soupçonner déjà les difficultés extraordinaires que va entraîner un tel état de choses. Pourra-t-on, au bout d'un certain temps, retrouver les juges qualifiés, reconstituer un tribunal dans sa composition primitive ? Ces magistrats auront-ils des souvenirs précis de la cause et de l'état antérieur du malade ? Les dossiers ne seront-ils pas

dispersés dans plusieurs greffes ? Que de complications, de lenteurs, et sans doute d'erreurs déplorables nous prépare cette procédure.

A un point de vue plus matériel encore, cette fonction de l'internement des aliénés criminels et des interventions ultérieures qu'elle comporte devra nécessiter une organisation pratique complexe, susceptible de se substituer aussi à l'organisation administrative actuelle. Pour comprendre les besoins d'un tel service, il faut se reporter au fonctionnement des bureaux techniques, spécialisés dans les questions asilaires, qui existent présentement dans chaque préfecture. L'organisation de la Préfecture de Police de Paris est particulièrement remarquable à cet égard ; elle comprend un cadre de médecins particuliers et de médecins-experts, un personnel administratif très expérimenté, des inspecteurs spéciaux de police, un service de groupement et de classement des dossiers. Il faut bien reconnaître que rien d'analogue n'existe dans l'administration judiciaire actuelle ; tout est à créer à ce point de vue. On nous répondra que ce sont là des considérations de détail, dont la prévision et la réalisation viendront en leur temps. Je crois, au contraire, qu'il est indispensable de s'en préoccuper dès maintenant. Si cette organisation, en effet, prend pour directive le projet de nouveau Code pénal, sa création et son fonctionnement rencontreront les plus grandes difficultés parce qu'elle sera viciée à son origine, à sa base même. Confier cet organisme à la juridiction répressive, c'est lui enlever d'avance toute possibilité d'autorité centralisée, de direction unique. Ce service restera fatalement soumis à toutes les autorités répressives qui auront le droit de décider de l'internement. Il n'y aura pas de tête et il ne pourra pas y en avoir.

Si l'on envisage la question sous cet aspect pratique, la supériorité de la justice civile apparaît encore évidente. Toutefois, cette juridiction même n'échapperait que partiellement aux objections précédentes si elle était représentée par une autorité collective, même aussi réduite que possible. Tribunal civil et Chambre du Conseil ne peuvent pas satisfaire aux exigences indispensables de centralisation et d'unification. De plus, le formalisme, trop complexe encore, et les lenteurs des conclusions, démontrées pour la Chambre du Conseil par l'expérience de la loi de 38, sont incompatibles avec la simplicité et la célérité que réclame la décision d'internement. J'ai montré l'utilité d'une deuxième phase de la procédure confiée à la juridiction civile. Mais il ne faut pas que ce rouage complémentaire constitue un obstacle à la rapidité des conclusions. Pour des raisons tant

médicales que légales, il est nécessaire d'agir vite. Ce sont autant de motifs complémentaires pour adopter la solution du juge civil unique. Avec ce juge spécialisé, toutes les critiques antérieures sont sans objet et tous les grands inconvénients signalés disparaissent. Les conditions essentielles sont en effet réalisées : continuité de vues, permanence des directives, centralisation des arrêtés, contrôle suivi des aliénés judiciaires, et surtout direction par une autorité unique, tout à fait comparable à celle du Préfet. Il en résulterait de plus une réduction au minimum du formalisme et une rapidité des décisions, qu'accélérerait encore l'adoption des commissions médico-judiciaires, associant immédiatement l'avis médical à la conclusion du juge. Tels seraient les avantages hautement appréciables de la méthode que je préconise. Je n'ai qu'une crainte : c'est que, lorsque l'organisation judiciaire de l'internement des aliénés criminels fonctionnera de façon satisfaisante, on ne soit incité à lui confier l'internement de tous les malades mentaux. C'est une raison de plus pour n'accepter, sous aucun prétexte, que cette organisation soit livrée à la justice répressive.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 14 Février 1935*

---

Présidence : M. Th. SIMON, président

---

## PRÉSENTATIONS

Un cas de délire à cinq,  
par MM. G. HEUYER, DUPOUY, MONTASSUT et AJURIAGUERRA.

Nous avons eu l'occasion d'examiner et de suivre une famille composée de 5 membres, qui participaient à un délire de sorcellerie et d'envoûtement, dans lequel l'élément imaginaire était prédominant.

*La famille se composait de Mme Vve B., âgée de 51 ans, débile et interprétante ; sa fille, Mme M., âgée de 27 ans, suggestible, érotique et dont les troubles pathologiques variés ont donné lieu à de multiples interprétations et illusions délirantes ; M. M. Eugène, âgé de 29 ans, mari de la précédente, mythomane vaniteux, qui accepta passivement les affirmations de sa femme ; Olivier B., fils de la veuve B. et Mme Ba. Gabrielle, son amie, tous deux débiles, le premier présentant en outre un état obsédant avec tendances impulsives.*

*Les persécuteurs sont représentés essentiellement par l'abbé G. et son secrétaire, M. Bou. ; grâce à leur profession et à de l'argent, ils se sont assuré le concours de Rich et de sa femme, de Chan et de Mlle Br., médiums forains, qui avaient auparavant dévoilé les agissements de l'abbé.*

Les rapports de la famille avec les persécuteurs sont passés par deux phases : la première, de grande admiration et d'amitié à l'égard du prêtre, suivie d'une deuxième de méfiance et de crainte, avec interprétations diverses, illusions sensorielles et représentations mentales érotiques. L'importance et le rôle des persécuteurs sont aussi différents : l'abbé a le pouvoir de guérir et celui de faire le mal ; il joue le rôle principal ; il agit dans le but d'avoir comme maîtresses la Veuve B. et sa fille Mme M. Par dépit de n'avoir pu réussir, il se venge. Quant aux médiums, ils agissent sur l'ordre de l'abbé, leur rôle est secondaire et tardif.

*Exposé du délire* : il s'agit d'un délire systématisé de persécution et d'influence, à thème de sorcellerie et d'envoûtement, avec troubles complexes, qui prêtent à discussion.

Le début de l'histoire remonte à octobre 1926. Les membres de cette famille ne demeuraient pas sous le même toit. Mme B. vivait avec son fils et M. et Mme M. de leur côté, mais ils étaient extrêmement liés et se retrouvaient fréquemment pour causer de leur vie intime. Le moindre trouble chez les uns retentissait chez les autres.

M. M. tombe malade, en 1926, d'une « diphtérie aphteuse » (*sic*), maladie des colonies très rare en France, disent-ils. Le médecin avait fait un pronostic fatal à brève échéance. Mme M. va, la nuit, chercher un prêtre ; on lui conseille l'abbé G. qui habite à proximité de leur domicile : « Il est venu, s'est appuyé sur le bord du lit en fixant mon mari ; celui-ci a ouvert les yeux brusquement, a fait le geste de se lever, un miracle venait de s'opérer, il était guéri. » A partir de ce jour, l'abbé G. est entré dans l'intimité familiale, on le considère comme un grand ami.

A cette époque, Mme M. présente des troubles sérieux : douleurs abdominales, aménorrhée, hémoptysie, abcès du pharynx, probablement salpingite. Plus tard, dans un délire rétrospectif, Mme M. attribuera tous ces troubles à l'action néfaste de l'abbé G. En attendant, M. M., en raison de l'état maladif de sa femme, cherche des compensations féminines extra-conjugales ; plus tard, il dira qu'il cherchait des relations au dehors sans se rendre compte de ce qu'il faisait, « il était poussé par une force irrésistible ».

En présence de cette situation, leur judicieux conseiller, l'abbé G., considère qu'ils sont victimes des mauvais esprits et que la famille est envoûtée.

En 1932, se produit un événement important qui va être le point de départ du drame. Le père, mari de Mme B., est hospitalisé à St-Joseph avec le diagnostic de cancer gastrique. On fait un pronostic d'une durée de quelques mois. Un jour, l'abbé G. va le voir ; à la suite de cette visite l'état général du malade s'aggrave. Dès lors, le personnel médical de l'hôpital se désintéresse de la situation. Le père B. meurt « beaucoup plus tôt qu'il aurait dû mourir », mais avant sa mort il a mis sa femme et ses enfants en garde contre l'abbé G. et il a fait promettre à sa fille, Mme M., de ne plus le voir.

Plus tard, Mme M. dira que son père était convaincu que le curé faisait échouer tous leurs projets et les torturait.

La mort du père produit chez le fils, Olivier B., un choc émotif avec idées obsédantes : impulsions à crever les yeux, à sectionner les pieds de son père sur son lit de mort, à tuer son grand-père. Ses obsessions persistent pendant deux ans.

Chez la Veuve B., dans la nuit même du décès, grande crise anxieuse avec illusions auditives. Elle entend des voix : « L'un me disait du bien, l'autre du mal, ou me suggérait des choses » ; cet état dura quelques jours et disparut.

A partir de la mort du père, dans toute la famille, la méfiance à l'égard de l'abbé G. augmente progressivement. Par lui « ils sont tous convaincus de l'envoûtement, ils veulent connaître le nom des envoûteurs », l'abbé G. leur donne des réponses peu précises : « La personne qui vous fait cela sera punie un jour par le Bon Dieu. »

Vers la fin de l'année 1933, ils s'adressent à un médium forain, Rich, qui prédit l'avenir dans les lignes de la main. Ils le suivent dans toutes les fêtes : foire du Trône, faubourg St-Antoine, etc. Rich est habillé en fakir. Il les console, il leur promet du bonheur et du travail au bout de peu de temps. La Veuve B. et sa fille Mme M., qui sont allées lui demander conseil, lui ont parlé du curé ; Rich leur affirme que « le curé est la cause de tous les malheurs ».

Rich tombe malade ; il est remplacé dans sa baraque foraine par Chan, camelot et chômeur. Chan, dans son costume de fakir, a belle prestance, il parle bien, il sait « faire le boniment » ; il a rapidement un grand succès auprès des deux femmes. Ses promesses et ses révélations agissent sur la famille qui a plus que jamais besoin de consolation.

Mme M. est sans travail, elle est prise d'une crise de cystite et de douleurs rhumatismales. Sa mère, la Veuve B., commence à avoir, la nuit, des rêveries, des visions. Les deux femmes s'entretiennent de leur état et, sans qu'il soit très facile de savoir laquelle a commencé, elles éprouvent bientôt toutes deux des impressions érotiques.

M. M. commence à participer au délire par acceptation passive des affirmations de sa femme.

Olivier B. trouve, dans l'envoûtement, l'explication de son état psychasthénique. Son amie suit le mouvement et, sans débat, accepte la conviction familiale.

L'action néfaste de l'abbé G. est acquise. En réaction, les persécutions à l'égard de l'abbé et de son secrétaire commencent : menaces dans la rue, visites, lettres, etc.

Les deux femmes estiment que, si le fakir Ch. ne les préserve pas de l'abbé, c'est qu'il est de connivence avec lui ; l'hypothèse est confirmée par une autre cartomancienne, Mlle Br.

Dès ce moment, le délire de Mme M. s'oriente sur le forain Ch. avec lequel elle a eu d'ailleurs, vraisemblablement, des rapports sexuels.

Le 1<sup>er</sup> octobre 1934, M. M. porte plainte au Préfet de Police « contre des forains qui, par leur métier, font souffrir ma belle-mère, ma femme et toute ma famille ». Plainte à l'archevêché contre l'abbé G.

Le 10 octobre, lettre au Procureur de la République. ...« ces personnes connaissant le métier de médium se permettent, depuis un an, de nous torturer jusqu'à même vouloir nous faire mourir à petit feu par le système de travail de médium... croyez-moi, Monsieur le Procureur, que je suis complètement à bout de toutes ces choses car ma femme ne tient pas à leurs tortures qu'ils lui font passer, soit dans les jambes pour la rendre paralysée, ou bien c'est dans le ventre ou l'estomac... Ils envoient des collègues de leur métier voir ma femme à son travail et la rendent malade à ne plus pouvoir travailler. Du reste ces forains martyrisent toute ma famille. Ma femme devant prendre des vacances au mois de juillet, un homme de leur bande est venu lui souhaiter bonne chance et après ça n'a été que des tortures; du reste, elle souffrait tellement qu'on croyait qu'elle allait mourir. Donc, Monsieur le Procureur, je vous demande pitié et de bien vouloir faire arrêter ces choses abominables que nous ne pouvons plus les supporter, sinon c'est la mort un jour ou l'autre... »

A la suite de cette lettre au Procureur, une enquête est demandée par le Parquet. Elle révèle que M. M. a fait des menaces de mort au prêtre et au forain, qu'il a acheté un revolver avec l'intention de se venger.

Les cinq malades sont envoyés à l'Infirmierie Spéciale, avec un certificat des D<sup>rs</sup> Dupouy et Montassut.

A l'*Infirmierie Spéciale*, l'examen montre le rôle de chacun des membres de la famille dans l'organisation du délire. Il y a eu, dans la constitution du roman délirant, une division du travail. Le postulat sensoriel est représenté par la Veuve B. dont les représentations mentales sont si vives qu'elles peuvent être prises pour de véritables hallucinations. L'élément imaginatif est représenté davantage par la fille, dont les inventions érotiques sont riches de détails. La volonté, l'ardeur combative sont représentées par M. M. qui, tout en étant un élément passif du délire, est devenu le défenseur, le bras vengeur de la famille, le véritable sujet actif et dangereux au point de vue social. Olivier B. et son amie constituent les éléments passifs qui suivent les aînés : Olivier B., dolent et geignard, Gabrielle Ba., solide gaillarde excitée, protestataire et menaçante.

A l'interrogatoire, la Veuve B., âgée de 51 ans, raconte très complètement la genèse de ses convictions. « L'abbé G. a guéri mon gendre, il a fait mourir mon mari. Au moment de sa mort, celui-ci a compris que tous nos malheurs étaient l'œuvre de l'abbé, il nous a recommandé de ne plus voir ce dernier. Chaque fois que je me plaignais à l'abbé de ce qui nous arrivait il me répondait invariablement : ce sont les esprits. Dans la nuit qui a suivi la mort de mon mari, je me suis réveillé brusquement et j'ai entendu une voix qui

me criait : « je te ferai mourir », puis ces voix ont disparu. Le 21 juillet dernier, à midi et demi, je passais sur le boulevard Raspail, j'ai été prise dans deux jets de lumière et l'abbé m'est apparu ; il m'avait jeté le sort de la mort. La nuit j'ai vu des oiseaux, des serpents, des souris, qui disparaissaient rapidement, j'ai même vu un cheval couché sur mon lit. L'abbé veut me rendre aveugle, j'y vois de moins en moins. Il m'a dit, par la pensée, qu'il me ferait tomber toutes les dents : j'en ai perdu 9 en même temps. Il a de l'influence sur tout ce que je fais, il m'empêche de trouver une nouvelle maison ; si je veux trouver du travail, dès que je me présente, je suis prise de malaises ; si je vais faire des achats on me pousse à donner un billet de 100 fr. et la monnaie ne m'est rendue que sur 50 fr. Il me fait de la transmission de pensée ; le soir, il me prend dans les bras, il fait l'amour avec moi. Il m'oblige à danser toute nue. Parfois je ne reconnais plus mon logement, je me figure être chez des étrangers. Lorsqu'il me tient la tête, je ne pourrais pas dire la date de ma naissance. »

Lorsqu'on l'interroge sur ses hallucinations, elle décrit les phénomènes auditifs comme de longues conversations, toujours sur des thèmes amoureux. De même, elle décrit avec des détails très précis les viols commis par le prêtre et son secrétaire, pendant la nuit.

Depuis longtemps, elle croyait aux horoscopes, au spiritisme, aux envoûtements. Elle avait confiance dans les médiums forains, qu'elle suivait aux fêtes de quartier.

Elle est internée et admise à Ste-Anne, dans le Service de la Clinique.

2° Mme M., 27 ans, frêle, pâle, passionnée dans son exposé. Elle s'attaque vivement à l'abbé G. et surtout au médium Ch. C'est sa mère, dit-elle, qui lui a fait croire en la puissance des médiums. Elle savait que tous les curés sont des médiums, d'ailleurs l'abbé G. le lui a avoué : « Je vois tout, j'entends tout, ne dites pas de mal de moi. » Elle raconte la longue histoire des malheurs familiaux. Chez elle, l'élément imaginaire est très marqué : « Je vois Ch. en rêve. Souvent quand j'ai des rapports avec mon mari, Ch. m'apparaît, alors je suis obligée de m'arrêter. Quelquefois même, quand j'embrasse mon mari, je vois la tête de Ch. Je l'entends parler, c'est comme dans un rêve ; ce sont des propositions amoureuses : « je l'aurai ta petite gueule (*sic*) ». Souvent je pense à lui. » Elle avoue avoir eu avec lui des rapports sexuels : « Ch. est venu m'attendre à la sortie de mon travail, m'a amenée dans un café puis m'a fait monter dans sa chambre, là, me montrant la figure de l'abbé G., il a pu faire tout ce qu'il a voulu..... dernièrement on m'a fait coucher avec un chien, je l'ai senti et il a fait aussi ce qu'il a voulu..... »

Les interprétations hypocondriaques et le thème érotique imaginaire sont prédominants.

Dans la famille, l'entente entre la mère et la fille semble avoir été très étroite. Elles sont toutes deux clientes de médiums forains et de



tireuses de cartes. Mme M. partage ses loisirs entre le confessionnal et les baraques de fakirs.

Au début de son séjour à l'Infirmierie, elle s'est montrée une chipie agressive et vindicative. Après trois jours d'isolement, tous les troubles qu'elle accusait avaient disparu. Elle assurait même avoir oublié toutes les sensations éprouvées antérieurement. Son ton était devenu mielleux. Au fond persistait encore une conviction délirante.

Elle fut internée par les soins de l'un de nous et admise à Ste-Anne dans le Service de la Clinique.

3° *M. M. Eugène*, mari de la précédente, âgé de 29 ans.

Ses antécédents sont excellents. C'est un bon travailleur. Ses patrons sont tous satisfaits de ses services. Toutefois, il s'est toujours montré imaginaire ; à l'atelier, quand on raconte une « blague », ses camarades ont coutume de dire : « encore une histoire à Eugène ».

A l'interrogatoire, M. M. répond avec fermeté et conviction : « Tout ce que ma femme a pu vous déclarer au sujet des souffrances qu'elle a endurées n'est que l'expression de la vérité. Il ne peut subsister le moindre doute quant aux auteurs de cette sorcellerie... Les curés peuvent faire le mal et le bien, mais ils font plus de mal que de bien. Après ma maladie, l'abbé G. m'a dit : n'ayez jamais rien parce que, maintenant, je ne pourrai plus rien faire pour vous... Sur moi, il a moins de prise, je résiste davantage, probablement il se doute que je n'aurais pas la patience de souffrir comme ma femme. »

Non sans adresse, il met sur le compte des pratiques d'envoûtement ses égarements passés : « En même temps qu'on a violé ma femme par transmission de pensée, ce qu'on appelle la prestidigitation, ils me faisaient courir d'autres femmes à seule fin de me faire quitter la mienne pour agir à leur guise. »

Il croit à l'action à distance : « Je suis allé au domicile de l'abbé G. et je l'ai traité de tous les noms ; le lendemain je suis tombé malade d'un gros anthrax au poignet et au bras ; dès que j'ai été guéri de cet anthrax j'ai eu mal à l'oreille gauche, qui est restée purulente depuis cette époque. »

Il avoue ses réactions querulentes et agressives. « C'est bien moi qui ai porté plainte à l'archevêché et au Procureur de la République. J'ai acheté un revolver dans le but d'intervenir pour mettre fin à ces agissements. Je suis allé au domicile de Ch. et nous l'avons prévenu que, s'il ne cessait pas ses sorcelleries, nous serions obligés d'agir. »

Ainsi M. est, dans ce délire, un sujet passif, suggestible : il a une croyance aveugle dans sa femme ; mais il est dangereux, car il veut la venger.

Malgré quatre jours d'isolement, sa conviction passionnée persiste dans les manœuvres dolosives du prêtre et du forain.

M. est interné et admis dans le Service de la Clinique.

4° *Olivier B.*, 24 ans, a un aspect chétif et craintif. Il répond avec difficulté. Il sait tout juste lire et écrire, il n'a pas le certificat d'étu-

des. Débile, il montre un niveau mental de 10 ans à peine, avec les tests de Binet-Simon.

Depuis la mort de son père, il présente un état psychasthénique : « Depuis deux ans, à l'époque du décès de mon père, je suis comme les autres membres de ma famille, sous l'influence des mêmes personnes. *Ils m'ont tenu la tête vide* et par conséquent dans l'impossibilité d'accomplir un métier quelconque. Lorsque je me présentais pour obtenir une place, je ne pouvais même pas y aller tant que je voyais que la place était vacante, j'entendais une voix qui me conseillait d'attendre, et lorsque la place était prise, cette fois je n'étais pas retenu, mais il était trop tard. Pendant le temps où j'ai eu la « tête vide » j'ai fui tout le monde parce que je me rendais compte que je ne pouvais pas raisonner. »

Depuis la mort de son père il a des impulsions, obsessions à tuer son grand-père. Il a eu l'obsession d'arracher les pieds de son père sur le lit de mort. « Quand je lis des crimes atroces, je suis poussé à commettre les pareils, surtout contre les membres de ma famille. » Il a eu aussi l'impulsion de prendre son rasoir et de trancher la gorge à son amie pendant son sommeil. Il décrit bien la lutte anxieuse de l'obsession.

Il a la conviction de l'action de l'abbé et du forain sur son état : « il n'y a pas de doute possible, les responsables sont l'abbé G. et Ch. ; il faut qu'ils cessent ou qu'ils disparaissent. Le jour de la Toussaint je n'en pouvais plus, je me suis posté aux abords du domicile de l'abbé, je l'ai attendu pendant 5 heures, j'avais envie de le tuer ».

A cause de sa conviction délirante persistante et ses réactions vindicatives, Olivier B. est interné et admis aussi à la Clinique.

5° *Mme Ba.*, 22 ans, divorcée, est devenue l'amie d'Olivier B. C'est une solide paysanne, égarée à Paris, où elle était bonne à tout faire. Puérile et suggestive, elle est d'une famille qui croit aux envoûtements. Nous avons vu sa sœur aînée, qui habite encore à la campagne, et qui a la même conviction.

Gabrielle Ba., un peu excitée, est expansive et raconte sans réticences son histoire : « Je connais B. Olivier depuis trois ans. J'entretenais des relations avec lui, mais j'ai été poussée à le quitter sans motif pour me marier avec Bur., que je n'aimais pas. J'ai divorcé pour revenir avec Olivier B. Je vis avec lui depuis octobre 1934... J'ai ressenti des douleurs dans le ventre, j'en attribuais la cause à mon travail, mais m'étant confiée à Mmes B. et M. elles m'ont dévoilé ce qu'elles ressentaient elles-mêmes, en me désignant les personnes qui les poursuivaient de leur mauvais sort. Naturellement j'en ai déduit que j'étais victime des mêmes agissements. Elle entend, comme son ami, les mêmes phrases. « Je suis sans place depuis longtemps et il m'est impossible d'en trouver, dit-elle. Des voix me disent : « tu peux y aller, tu ne l'auras pas ta place ». Elle a des visions comme Mmes B. et M. « Ils me provoquent des cauchemars terribles pendant la nuit, je rêve qu'un gros serpent est sur mon

lit. » Elle accuse surtout le forain Ch. « Ch. par son métier avait poussé Mme M. à lui porter la photo de mon enfant. Il l'a examinée pendant un quart d'heure. « Trois ou quatre jours après j'ai appris par ma famille que mon fils était très malade. » Elle est allée au domicile du médium Ch. pour le menacer et faire du scandale.

Depuis longtemps, elle croit aux pratiques de la sorcellerie : « Dans mon pays il y a une femme qui avait jeté un sort à une autre et ainsi avait fait son affaire. Il y a aussi un homme qui se transforme en chat », etc...

La conviction délirante persiste malgré l'isolement. Elle est internée et admise à la Clinique.

A l'Infirmierie, l'abbé G. et le médium Ch. sont convoqués et confrontés avec les malades.

L'abbé se montre très réticent ; il allègue la sainteté de sa profession pour éviter toute explication. En fait, il paraît craindre qu'on découvre une participation active et réelle de sa part dans les interprétations délirantes des malades. Il déclare qu'il les considérerait tous comme des malades et il ne veut pas donner d'explication sur les raisons pour lesquelles, depuis plusieurs mois, il entretenait avec cette famille des relations amicales.

Au cours de la confrontation avec la Veuve B. et Mme M. les deux malades paraissent sincères et de bonne foi quand elles rappellent à l'abbé que, le premier, il leur a parlé d'envoûtement. Les dénégations de l'abbé sont superficielles et manquent de sincérité. Il prend une attitude de défense dans laquelle il invoque le secret professionnel et refuse de donner des explications.

Après cette confrontation, il paraît de plus en plus vraisemblable que l'abbé G. a joué un rôle important dans la genèse des convictions délirantes de la famille.

Quant au médium Ch., il se présente avec la verve du camelot de foire. Il avoue sans difficultés ses mystifications. Il était chômeur quand on lui proposa de faire le fakir et, de sa profession improvisée, il essaya de tirer tous les avantages possibles : l'argent et le reste...

Confronté avec Mme B. celle-ci l'accuse fortement des malheurs de sa famille.

Quant à Mme M., elle a des réactions plus violentes encore ; elle accuse le médium d'avoir eu des rapports sexuels avec elle, dans une chambre d'hôtel, et puis des rapports à distance. A l'Infirmierie même, elle a éprouvé son contact, elle a eu des conversations avec lui durant toute une nuit, etc.

D'un air à la fois souriant et contrit, Ch., médium forain, se défend seulement d'avoir abusé de la situation en entraînant Mme M. à l'hôtel.

Les cinq malades ont été internés à la Clinique.

Grâce à l'amabilité de M. le Professeur Claude, nous avons pu les examiner à nouveau 15 jours après leur internement.

Les idées délirantes ont complètement disparu chez les trois femmes et les deux hommes. Mme M. se présente gaie et souriante ; elle parle de son délire passé : « J'ai fait de vilains cauchemars, je ne ressens plus aucune malaise, ce sont les forains qui nous ont monté la tête contre le prêtre ».

Mme B. nie toute hallucination actuelle ; elle déclare qu'au moment de la mort de son mari, elle eut une violente crise dépressive et émotive et que, pendant la nuit, elle entendit des voix ; celles-ci disparurent d'ailleurs pendant 6 mois et plus tard elle eut de mauvais rêves quand elle pensait à l'abbé, mais actuellement tout est fini.

Il en est de même des deux hommes. Fait remarquable, Olivier B. n'a plus d'impulsions à tuer, il affirme que tout est disparu.

Quant à la jeune Gabrielle Ba., elle a hâte de quitter Paris et de retourner dans son pays.

Il semble que la sortie de ces cinq malades puisse être actuellement accordée.

*Commentaires.* — Il s'agit d'un cas de folie communiquée, type Lasègue-Falret, ou plutôt de folie imposée, selon la classification de Marandon de Montyel, qui répond réellement au type Lasègue-Falret : un aliéné, sujet actif, impose son délire à un être moralement plus faible, qui l'accepte passivement. C'est aussi l'Induzierte Irresein des Allemands.

Notre famille remplit quelques-unes des conditions de la contagion décrite par Lasègue et Falret. Elle vivait dans un état d'intimité complète. Toutefois, il est difficile d'assurer qu'il n'y ait eu qu'un élément actif. Sans doute, la mère, la Vye B... avait dans la famille une influence matriarchale ; peut-être a-t-elle donné la première à sa fille une explication des troubles que celle-ci déclarait ressentir. Mais il y avait une association si étroite entre la mère et la fille que, dans l'histoire même de la constitution du délire, il est impossible d'affirmer que la mère a eu une action plus grande que la fille ; celle-ci a apporté, avec sa jeunesse et son imagination érotique, l'élément passionnel qui semble avoir mis en mouvement toute la famille.

Il est certain que les autres membres de la famille sont des éléments passifs. Comme l'ont noté antérieurement Arnaud, puis de Clérambault et Lamache, chacun des collaborateurs a apporté, en proportion très inégale, sa part de matériaux à l'œuvre commune (1).

Lasègue et Falret insistaient sur la nécessité de la vraisemblance du délire pour qu'il soit accepté par le sujet passif. Pour admettre la vraisemblance du délire, tout dépend du milieu. Dans

(1) ARNAUD. — *Traité de Gilbert Ballet. Psychoses constitutionnelles.*

notre cas, toute la famille croyait aux envoûtements, au fakirisme, à la sorcellerie avant le début du roman délirant.

On peut trouver, dans notre observation, quelques-uns des caractères de ce qu'on a appelé « le délire archaïque » (Wahl). L'action extra-naturelle de tous les phénomènes ressentis par la mère et la fille, se produisait par la puissance des médiums et de l'abbé. Tous les petits états pathologiques naturels ont été considérés comme des désordres produits par une cause extérieure ; l'« animisme » a placé la causalité de tous ces phénomènes sur le plan de la sorcellerie, du spiritisme et de l'action à distance. Les persécuteurs jouent le rôle de tabou : « Les curés peuvent faire le mal et le bien » et ils démontrent que leur action peut être successivement bienfaisante et maléfique. Le curé est bien capable d'envoûter et c'est lui, le premier, qui a parlé de la nécessité d'exorcisme ; il est d'ailleurs un être puissant : « Je sais tout, je connais tout » a-t-il dit. Autour de lui se crée l'ambiance d'admiration et de crainte, qui convient aux êtres d'une puissance surhumaine.

C'est bien la mentalité que M. Lévy-Brühl a appelée prélogique. Nous rappellerons à ce sujet les travaux de Lévy-Valensi sur « la mentalité primitive et la psychopathologie » et de M. Georges Dumas sur « la mentalité paranoïde et la mentalité primitive ».

Pour confirmer cette impression, de mentalité primitive, que donnent nos malades, dans les explications de leurs troubles, nous constatons que chez la Vve B..., comme chez sa fille Mme M..., le rêve et la réalité se confondent ; elles ne savent pas exactement si les visions du rêve et les troubles réels qu'elles éprouvent se produisent à l'état de veille ou de sommeil.

Dans le délire de nos cinq malades, l'élément érotique est prédominant. Le sentiment de la possession, les sensations génésiques produites à distance, les transformations corporelles, les rapports sexuels, la richesse des évocations amoureuses, les accusations de sorcellerie contre l'abbé G... rappellent tout à fait l'histoire des Possédées de Loudun : l'abbesse Mme de Belciel, les religieuses et les séculières du couvent des Ursulines de Loudun sont aux prises avec les apparitions et les manifestations érotiques d'Urbain Grandier (1). Les ennemis de celui-ci font croire que les religieuses sont possédées du démon et que l'auteur de la possession est Urbain Grandier. L'exorcisme, considéré comme nécessaire, ne fait qu'augmenter les troubles des religieuses sug-

(1) Gabriel LEGUÉ. — Urbain Grandier. *Les possédées de Loudun*, 1880 ; — et LÉVY-VALENSI : Les possédées de Loudun. *Sem. Méd. Hôp.*, 15 oct. 1933.

gestibles. Après de nombreuses enquêtes, Urbain Grandier est condamné, pour crime de magie, maléfices et possession, à être brûlé vif, le 18 août 1634.

Les sensations éprouvées par nos malades et les explications qu'elles donnent sont identiques aux accusations portées naguère par l'abbesse des Ursulines.

La croyance aux envoûtements, à la sorcellerie, vont de pair avec la croyance aux esprits démoniaques, de certaines mentalités paysannes.

Nous avons trouvé, dans la littérature, des cas de délire à cinq, qui sont tout à fait comparables au nôtre. Un cas de folie religieuse à cinq, chez une mère et 4 de ses enfants, rapporté par Taguet (1). Taguet insiste sur l'influence contagieuse du délire religieux. Surtout le cas de folie à cinq, rapporté par Semelaigne, sous le titre : « La cause du Libro del Comando » (2), concernant un cas de « paranoïa primitive systématique et démoniaque » à 5 personnes. Il s'agit d'une contagion familiale de croyance à la sorcellerie, qui amena les 5 malades devant le Tribunal de Modène ; ils furent condamnés, malgré l'expertise de Tamburini et de Cionini. Dans l'observation de Taguet, il y avait eu un meurtre ; dans celle de Semelaigne, il n'y avait qu'une tentative de cambriolage pour dérober le « Libro del Comando » ; dans notre observation, il y eut seulement des menaces de mort, mais il est vraisemblable que si une mesure d'internement n'avait pas arrêté la vindicativité de M... et de son frère B..., la vie de l'abbé G... aurait été en danger.

Ces délires de sorcellerie et d'envoûtement, comme les délires religieux et mystiques, sont toujours extrêmement dangereux et aboutissent fréquemment à l'homicide. Nous avons eu, tout récemment, l'occasion d'en observer un autre cas très démonstratif.

Il s'agit d'un malade que nous avons vu à l'Infirmierie Spéciale dans un état de confusion d'origine éthylique. Au bout de quelques jours, cet état s'améliora, mais le malade montrait une certaine réticence dans les explications qu'on lui demandait sur une période de sa vie. Des renseignements venant de l'asile du Mans, où il avait été interné précédemment, nous donnèrent l'explication de son attitude. Il nous avait caché qu'à la suite d'un véritable délire communiqué de sorcellerie, il tua son père d'un coup de fusil. Le Dr J. Baruk, commis par le Juge d'Instruction pour examiner P.,

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, juil. 1887, p. 51.

(2) *Annales Médico-Psychologiques*, n° 3, mai-juin 1893.

inculpé d'homicide volontaire et complicité, consigna ses observations dans le rapport ci-dessous, dont il nous a permis de faire usage :

*Rapport du Dr J. Baruk*

« P. Louis est né à M. le 14 septembre 1909.

« Il est donc aujourd'hui âgé d'environ 19 ans. Son père, sa victime, semble avoir été un débile mental, se livrant depuis longtemps à des pratiques de sorcellerie. Sa mère, sa complice, est une aliénée, atteinte d'un délire mystique, en pleine évolution. Parmi ses ascendants maternels, on note des aliénés, des déséquilibrés, des alcooliques et un suicidé. Du côté paternel, la grand'mère semble avoir présenté, pendant de longues années, un état de démence sénile complet, avec tendances aux fugues, au point que son fils l'attachait comme un chien à sa charrette pour l'empêcher de fuir. L'inculpé a un frère de vingt-six ans, bien portant.

« Les antécédents personnels de P. se bornent à une bronchite assez forte qu'il aurait eue pendant sa seconde enfance. En 1917, il aurait été atteint d'une rougeole et d'une scarlatine légère. Il était d'un caractère timide et très peureux. Il ne fréquenta jamais l'école et c'est sa mère qui lui apprit à lire et à écrire. Il passait pour boire du cidre et s'enivrer quelquefois, mais d'une façon accidentelle.

« Actuellement P. est un jeune homme de petite taille et d'assez forte constitution. On note une légère asymétrie faciale. Les oreilles sont bien conformées, mais la voûte palatine est ogivale. Il n'y a pas de troubles pupillaires. Pas d'altération de la réflexivité. Les organes génitaux sont bien conformés. On relève une petite cicatrice transversale au niveau du genou gauche, vestige d'un coup de faucille reçu il y a 5 ans.

« Interrogé sur les faits qui se sont déroulés à la maison et ont abouti au parricide, P. s'exprime ainsi : « Mon père était en lutte avec son voisin Daubry. Ils cherchaient réciproquement à faire du mal à leurs bêtes. Le père allait voir à Tours les magiciens Denis et Pinard. Ils lui donnaient du sel magnétique qu'il faisait prendre à ses animaux pour les empêcher de souffrir. Il y avait un manège de sorcellerie, vous n'êtes pas en cas de vous imaginer ça. Il allait voir la femme à Pavie, sorcière du Mans, qui lui a donné un morceau de lard. Celui-ci devait être mis dans la poche de ma mère le jour de Pâques et servir à graisser les serrures pour conjurer le sort. Mon père m'avait dit que je devais manger du sel magnétique avant le soleil levant. Le neuvième jour, je devais me rendre dans un endroit désert et donner un morceau de pain en sacrifice. C'est un pacte qu'il avait fait avec le diable. J'étais complètement fou. Je suis allé à l'église de Montvallain prêcher en chaire. En revenant, j'ai laissé ma bicyclette, mes chaussures et ma casquette sur la berme et j'ai été chez des gens

« prêcher l'évangile. La veille du crime, j'avais brûlé le sel et les  
 « eaux magnétiques. Mon père était furieux. Il a pris un fusil et est  
 « monté au grenier. Sûrement il aurait tué ma mère qu'il rendait  
 « responsable de ce que j'avais fait. J'ai tué mon père, c'est que  
 « j'étais convaincu qu'il aurait tué ma mère. »

« Tel est rapporté textuellement le récit fait par l'inculpé des  
 « préoccupations qui le hantaient avant le crime et les motifs qui  
 « l'ont poussé à le perpétrer. On y voit le même délire que chez la  
 « mère, la croyance aux sorciers ; les pratiques auxquelles il se  
 « livrait, sur les instigations du père ; le conflit entre ces pratiques  
 « qu'il savait condamnables et les croyances religieuses qu'il parta-  
 « geait avec la mère ; le trouble de conscience que ce conflit provo-  
 « quait en lui et qui le poussait à fréquenter les églises et a y  
 « commettre des excentricités ; la crainte de la damnation pour le  
 « père d'abord, pour eux ensuite et enfin l'acheminement vers le  
 « crime comme seule issue possible à une situation inextricable.  
 « Tout cela est pour ainsi dire copié sur la mentalité de la mère.  
 « Mais tandis que celle-ci est toujours convaincue de la réalité de ses  
 « conceptions et de la légitimité de ses actes, le jeune P. commence  
 « à reconnaître qu'il avait perdu la tête et avoue même explicitement  
 « qu'il était, à un moment donné, devenu complètement fou. Néan-  
 « moins, s'il regrette l'exaltation des derniers jours et s'il déplore  
 « l'acte qu'il a commis contre son père, il n'en continue pas moins à  
 « croire aux sorciers et à leur influence. Cet enfant, vivant conti-  
 « nuellement avec sa mère, soumis complètement à son influence,  
 « partageant ses craintes et ses angoisses, nous apparaît comme  
 « ayant subi une véritable contagion mentale et ayant fait un vérita-  
 « ble délire communiqué. Sans doute, depuis qu'il est séparé de ce  
 « qu'on pourrait appeler l'agent inducteur, son délire s'est atténué  
 « et sa conscience lucide commence à apparaître. Mais il ne peut  
 « être considéré comme complètement guéri et un isolement pro-  
 « longé est encore nécessaire. C'est dans un asile qu'il doit être placé  
 « pour achever sa cure, non dans une prison pour expier un crime,  
 « dont il ne peut être considéré comme responsable. »

Ce malade fut mis en liberté en juillet 1934. Il vint à Paris cher-  
 cher du travail en janvier dernier et fut arrêté à l'occasion d'un accès  
 ébrieux. Après son passage à l'Infirmerie Spéciale, il fut interné à  
 Ste-Anne où il est encore à l'admission et où M. le Dr Simon nous a  
 permis de l'examiner. Actuellement il n'est plus un délirant et il nous  
 raconte avec précision les diverses circonstances de son acte et sa  
 participation momentanée au délire familial de sorcellerie, qui  
 amena le meurtre de son père, à l'instigation de la mère.

Les observations que nous rapportons nous permettent de tirer  
 quelques conclusions. Nous ne voulons pas insister sur le nom-  
 bre des malades participant à ce délire. Nous avons vu que d'au-



tres cas de délire à cinq ont déjà été rapportés ; Verga, Forel, etc. ont rapporté des délires communiqués à quatre. Le nombre des personnages délirants est égal à ceux des personnes qui vivent ensemble dans un parfait accord familial.

Nous avons rapproché aussi notre observation des cas de délire archaïque, sur lesquels on a insisté récemment, et qui surviennent chez des sujets de mentalité prélogique, de mentalité primitive, selon M. Lévy-Brühl. Toutefois, nous mettons en garde contre ce terme de délire archaïque, contre la notion de mentalité primitive, qui tend à servir d'explication pour tout un groupe de délires, dont M. Lévy-Valensi a parlé dans son travail.

La croyance à la sorcellerie, à l'envoûtement, aux exorcismes, est sans doute primitive, mais elle est aussi extrêmement actuelle. Il n'est pas excessif de dire que, même en notre pays, une grande majorité de la population croit à la possibilité de pareilles pratiques. Entre la croyance religieuse de la possession diabolique et la croyance, dite primitive de sorcellerie et d'envoûtement, il n'y a que des nuances. Il ne nous semble pas que cette notion de mentalité dite « primitive » explique une maladie individuelle comme un délire de persécution, un délire mystique ou un délire de sorcellerie, pas plus qu'il n'explique la contagion, à plusieurs personnes, d'une folie imposée.

A examiner les cas cliniques de folie collective, dont la première description a été donnée par Lasègue et Falret, sous le nom de « délire à deux » ou de « folie communiquée », il semble que l'on puisse distinguer 3 types, dont le mécanisme est différent.

1° le type de « folie communiquée », de Lasègue et Falret, ou de folie imposée de Marandon de Montyel, se rapporte à des délires hallucinatoires, dans lesquels le sujet actif présente un syndrome d'automatisme mental avec un délire de persécution ou un délire d'influence. La folie se communique à une ou au maximum deux personnes, qui sont les éléments passifs du délire. Cette folie imposée ou communiquée du délire hallucinatoire, présente tous les caractères indiqués par Lasègue et Falret, et sur lesquels il est inutile de revenir.

2° les cas de folie collective, analogues au nôtre ou à celui rapporté par Semelaigne, dans lesquels le mécanisme est surtout d'ordre imaginatif. Chez nos malades, même chez nos sujets les plus actifs, il n'y avait pas d'hallucinations réelles, il s'agissait plutôt d'illusions, de représentations mentales vives, de créations imaginatives sur un thème érotique et d'interprétations secondaires.

La contagion entre sujets également débiles, également prédisposés à accueillir les mêmes explications de sorcellerie et d'envoûtement, a été surtout d'ordre imagiatif.

Nos cinq malades, comme les possédées de Loudun, comme les malades de Semelaigne, se racontent des histoires auxquelles ils finissent par croire, chacun d'eux ajoute sa pierre à l'édifice et ainsi se construit un roman qui a du délire la conviction au moins momentanée, mais qui tient de sa nature imaginaire une extrême fragilité.

Il a suffi de maintenir nos malades quelques jours en observation, à l'Infirmerie Spéciale, puis de les interner, pour les rappler brusquement et un peu rudement à la réalité et pour détruire leurs convictions passagères.

Les délires collectifs de ce type peuvent être familiaux. Ils peuvent être aussi des délires d'une plus vaste collectivité : maison, village ; l'histoire relativement récente du curé de Bonbon, en Seine-et-Marne, représente un délire collectif qui est de même nature imaginative, sur un thème identique de sorcellerie et d'envoûtement.

Ces délires collectifs, de mécanisme imagiatif, peuvent avoir pour thème des préoccupations érotiques, exemple : les possédées de Loudun ; ou bien un thème mégalomane de richesse : histoire d'un testament auquel peut croire toute une famille ; ou la découverte d'un trésor auquel peuvent participer les membres d'une expédition. L'histoire de Thérèse Humbert et de sa famille est un souvenir encore vivace. Jules Romain, dans *Donogoo-Tonka* a mis à la scène un délire collectif imagiatif.

3° certains délires passionnels de revendication peuvent aboutir aussi à une folie imposée ou communiquée, à un délire collectif d'une autre nature et d'un autre mécanisme que les précédents. Il s'agit le plus souvent d'un paranoïaque revendicateur, qui trouve dans son entourage familial ou amical un terrain tout préparé pour accepter ses revendications délirantes et pour y participer. Ou bien, c'est un paranoïaque qui utilise un autre paranoïaque, comme dans l'observation que nous avons rapportée naguère, avec Santenoise.

Un grand nombre de campagnes, pour des arrestations arbitraires et des séquestrations illégales, ont à leur base un élément passionnel et revendicateur, accepté par un nombre plus ou moins grand d'individus dont la conviction inébranlable prend quelquefois une forme délirante, tant la conviction est intense et les conséquences absurdes.

La folie imposée ou délire à deux, de Lasègue et Falret, n'est

donc pas univoque dans ses manifestations et son mécanisme. Plus que la conception d'un délire archaïque et plus que l'importance d'une mentalité, dite primitive, dans la contagion de ces délires imposés, il nous a paru intéressant, à l'occasion du délire à 5 que nous rapportons, de distinguer, dans ces folies communiquées ou folies imposées, trois types différents de délire collectif, dont le mécanisme, les manifestations et les conséquences ne nous paraissent pas identiques (1).

M. LÉVY-VALENSI. — Je tiens à faire remarquer que dans mon article « Mentalité primitive et psychopathologie », que les auteurs ont bien voulu citer, je soutiens la même opinion qu'eux. J'ai affirmé qu'il n'y a aucune identité entre l'état mental du psychopathe et l'état mental du primitif, que celui-là n'était pas du tout une régression de l'état mental du civilisé vers celui-là, et qu'il existait une pensée mystique contemporaine qui n'a rien de pathologique.

M. René CHARPENTIER. — Les faits exposés par M. Heuyer sont particulièrement intéressants. Il y a lieu de souligner l'état émotionnel dans lequel ont éclos chez Mme B. les troubles qu'elle vient de décrire, à l'occasion de la mort rapide de son mari, alors que, nous dit-elle, la gravité de la situation ne fut connue d'elle qu'au dernier moment. Il y a lieu également d'insister sur la crédulité, la suggestibilité de certains des sujets présentés. Dans les cas de ce genre, comme dans une des affaires rappelées par M. Heuyer (et dont les acteurs, non reconnus aliénés, furent condamnés par la justice), il y a lieu de distinguer avec soin la croyance et le délire. Suivant les époques et suivant les milieux, et en fonction de la crédulité des sujets, il est des croyances que l'on ne saurait — sans risquer d'être entraîné très loin dans cette voie — assimiler à des états délirants. Et cela quelle qu'en puisse être parfois l'invraisemblance.

D'autre part, les observations des anciens auteurs, dans lesquelles il est question de délires hallucinatoires, ne peuvent être utilisées qu'avec réserve. On était moins circonspect autrefois que nous ne le sommes aujourd'hui pour le diagnostic positif de l'hallucination, et bien des malades considérés naguère comme atteints de délire hallucinatoire ne seraient aujourd'hui considérés par aucun de nous comme présentant des hallucinations.

(1) MM. Sérieux et Capgras ont déjà insisté sur ce fait que ce sont les psychoses non hallucinatoires de l'imaginatif et du revendicateur qui se communiquent le plus souvent (Del. syst. chron., *Trait. de Path. méd. et Théor. app.*, tome VII, 2<sup>e</sup> éd.).

M. MARS. — Je suis heureux d'entendre nier l'assimilation de la mentalité morbide à la mentalité primitive. A l'heure actuelle, dans l'Europe la plus civilisée, il existe non seulement dans les campagnes, mais encore dans les villes, une façon de penser mystiquement. Il se publie des bibliothèques sur des thèmes que certains de nos contemporains qualifient de superstitieux et que d'autres contemporains croient conformes à la réalité. Ce sont des îlots de mentalité primitive surnageant dans la mentalité civilisée.

M. LAGACHE. — Ne pourrait-on pas voir dans ce cas un exemple de ce que Jasper appelle une psychose réactionnelle ? Née de certaines circonstances, elle a guéri par la suppression de ces circonstances.

M. HEUYER. — Non. Ce n'est pas le changement des circonstances qui a amené la guérison. C'est l'émotion de l'internement qui a abattu l'exaltation imaginative. Le délire était une construction endogène de l'imagination.

La mentalité ethnique ne suffit jamais à expliquer la genèse d'un délire. Elle ne crée pas la maladie. Elle colore simplement le thème du délire. C'est ce que je constate à l'infirmerie de la préfecture de police, où le passage d'individus appartenant à tous les pays me fournit la matière d'un travail sur la psychiatrie des races.

La psychose est une maladie, conséquence de perturbations biologiques. C'est ainsi qu'un individu qui n'avait aucun caractère paranoïaque devint délirant et interprétant à la suite d'une maladie organique grave.

#### Un cas de rêverie pathologique, par MM. G. HEUYER et E. STERN.

L'un de nous a attiré à plusieurs reprises l'attention sur les rêveries pathologiques que l'on rencontre dans diverses psychoses et, particulièrement, dans la Démence Précoce.

Avec Dublineau, nous avons montré qu'il existe des états de rêverie morbide chez l'enfant, et nous avons discuté les diverses possibilités de diagnostic qui pouvaient être posées dans ces cas.

Aujourd'hui, nous apportons un nouvel exemple de rêverie morbide, chez un adolescent, délire de rêverie qui pose encore des difficultés de diagnostic et de pronostic.

OBSERVATION. — Le 12 novembre 1934, Marc D., âgé de 15 ans 1/2, est amené à notre consultation. Les parents s'inquiètent des troubles graves du caractère qu'il montre depuis plus de deux ans.

Marc est enfant naturel, le père, tailleur, d'un caractère très difficile, volontiers noceur, a abandonné son amie et l'enfant quand celui-ci avait quelques mois.

La mère travaille comme fille de service dans un hôpital. Elle a été opérée d'un fibrome. Elle souffre de crises cardiaques. Très renfermée, elle a quitté son domicile pendant plusieurs mois. Son père est décédé d'une crise d'urémie à l'âge de 54 ans ; il avait un caractère très violent et emporté. Sa mère a abandonné le domicile conjugal et est allée en Tunisie ; elle s'est faite mahométane et a vécu en solitaire, parmi les indigènes du désert.

La mère de Marc s'est mariée en 1923. Le beau-père de l'enfant, garçon de recette, a un caractère assez vif. Il n'y a pas d'enfant du second lit ni de fausse couche.

La grossesse a été normale. L'enfant est né à terme, a crié tout de suite. Il avait un poids de 3 kilogs. L'accouchement a duré 48 heures, sans forceps. L'enfant a été allaité au sein très longtemps. Il a marché à 28 mois, a parlé tard, a prononcé les premières phrases vers 2 ans et demi, a été propre à la même époque. A l'âge de 5 mois il aurait eu des convulsions, elles se sont répétées à intervalle régulier, tous les 3 ou 4 jours, ou tous les 15 jours, pendant 2 mois. A 8 mois, varicelle ; à 2 ans 1/2, deux chutes successives sur la tête ; à 5 ans et demi rougeole, puis broncho-pneumonie. Séjour à la campagne pendant un an. A 7 ans, diphtérie avec réactions méningées ; à la suite, strabisme convergent de l'œil droit. A 10 ans, a été opéré du strabisme. A 11 ans, nouvelle angine diphtérique. A 13 ans, opération d'appendicite, phimosis. Depuis 11 ans, fréquentes absences, qui ont un caractère comitial. Puberté à 14 ans. Cauchemars nocturnes, grincement des dents. Pour s'endormir, mouvements de la tête de droite à gauche. En règle générale, bon appétit. L'été dernier on a constaté de la masturbation.

A l'âge de 6 ans 1/2, il est entré à l'école maternelle. A partir de l'âge de 7 ans 1/2 il a fréquenté l'école communale. Il a manqué le certificat d'études. Il ne voulait pas continuer l'école.

Il a été élevé par sa mère et son beau-père. Celui-ci, qui l'amène à notre consultation, dit que Marc a beaucoup changé depuis 2 ans, physiquement et mentalement ; autrefois il était très gentil, ouvert, causeur, il s'intéressait à tout. Depuis deux ans, il est sombre, renfermé, silencieux, peu soigneux, refuse de se laver. Il ne montre aucune affection pour sa mère, même quand elle est malade. Il embrasse son beau-père comme par habitude. Auparavant il était très affectueux. Depuis deux ans il devient de plus en plus indifférent. Le beau-père dit : « le sentiment est mort chez lui ». Il n'a pas de camarade, mais il reste doux avec les enfants et les animaux.

Il aime beaucoup lire, surtout des illustrés. Il avait autrefois de la mémoire, actuellement il dit 10 fois la même chose. Il n'aime pas les sports. Il aimait le cinéma, le cirque : il ne demande plus à y aller.

Il est très menteur, il invente des histoires extraordinaires. Il a

toujours eu beaucoup d'imagination. Mais nous parlerons plus loin de sa tendance à fabuler.

Il a toujours volé des bricoles, des friandises, à la maison, depuis sa plus tendre enfance. Il a la manie de collectionner n'importe quoi, de garder tout ce qu'il peut prendre. Il le met dans sa boîte. Il y a trois ans, il a commencé à voler de l'argent dans le porte-monnaie de sa mère ou va en demander aux commerçants en racontant qu'il a perdu son porte-monnaie. Il dit à ses parents qu'il a perdu de l'argent. Il prend sans cesse de petites sommes, 10, 15, 20 francs, achète parfois des bonbons, mais le plus souvent garde l'argent. Tous les jours il dérobe tout ce qu'il trouve, des bijoux de préférence, et les met dans une boîte. Depuis cet été il cherche partout des revolvers, il voudrait en acheter (un quincaillier a refusé de lui en vendre). Il donne des explications variées : « c'est pour tuer les Allemands en cas de guerre », etc.

L'an dernier, il a fait une fugue. Au lieu d'aller à l'école, il est resté toute la journée dehors. Il n'a pas voulu dire ce qu'il avait fait.

A 13 ans, il a été placé chez l'abbé Rudinsky, à Sannois. Il ne voulait pas y rester. Il a été renvoyé. Placé comme apprenti électricien, il y est resté 2 mois ; il a été renvoyé à cause d'un vol. Puis, à l'école professionnelle, rue des Entrepreneurs, comme apprenti mécanicien, il y est resté 5 semaines et a été repris par son beau-père à la suite de sa fugue. Séjour de 4 mois dans la Côte-d'Or, où il gardait les vaches ; il s'est mis à vendre ses vêtements. Après quatre mois l'enfant paraît de nouveau calme et tranquille, il ne volait plus. Le beau-père l'a repris et il l'a mis, en juin 1933, à l'école d'apprentissage, rue Aumaire, comme apprenti mécanicien ; il y est resté 3 semaines : l'école a fermé à l'occasion des vacances annuelles. Pendant l'été, en vacances, il a commencé à voler partout. Son beau-père l'a envoyé, le 5 août 1933, chez un cultivateur, dans l'Isère, comme garçon de ferme ; il y est resté quelques mois. En février 1934, son beau-père a voulu le reprendre car il était très sale, mal nourri et avait été battu. L'enfant a refusé de revenir. En mai 1934, le beau-père l'a repris ; de mai à juin il est resté chez ses parents à Paris. En juin 1934, il est reparti dans le Vaucluse ; le beau-père l'avait envoyé chez un agriculteur, comme apprenti ; il y est resté jusqu'au 1<sup>er</sup> novembre 1934 et a été renvoyé parce qu'il volait partout ; le patron n'a pas porté plainte mais a déclaré que l'enfant était malade.

C'est alors que nous l'avons pris en observation dans notre service.

Notons tout de suite que, pendant la durée de l'observation, on n'a pas constaté les absences indiquées par le beau-père : leur nature comitiale est très douteuse. L'examen physique qui a été pratiqué n'a montré aucun symptôme neurologique, mais des malformations diverses, notamment un facies simiesque et prognathisme inférieur. L'examen oculaire (D<sup>r</sup> Dubar) montre une acuité visuelle normale, un strabisme externe de l'œil gauche, un strabisme convergent opéré, un réflexe photo-moteur paresseux, une accommodation normale. Le sens chromatique est normal. Il n'y a pas de lésion du fond d'œil.

Au point de vue de la conduite, depuis l'entrée au Centre d'observation, du 15 décembre 1934 au 3 janvier 1935, le rapport du surveillant donne les renseignements suivants :

« Nous n'avons pas à nous plaindre de la conduite de ce jeune homme à l'observation. Surveillé attentivement, il se montre docile et ne donne aucune marque de rébellion ni d'insubordination. Il suit passivement les directives qui lui sont données ici et se tient tranquille. Moralement il paraît dénué de sens moral, de jugement et de réflexion ; il semble qu'il ait des instincts assez bas et qu'il soit de caractère sournois. Il ne paraît pas maître de lui et il pourrait, semble-t-il, montrer, à l'occasion, une sorte de brutalité impulsive. Il y a évidemment quelque chose d'anormal en lui, qui échappe à nos observations.

« D'une part, le fond ne paraît pas méchant, mais des « poussées » fâcheuses semblent être à craindre. Il ne paraît pas que le garçon, si ces impressions se trouvent confirmées par ailleurs, puisse être placé d'une façon normale ni en ville ni à la campagne et qu'il soit nécessaire, au contraire, de le tenir dans un milieu surveillé effectivement.

« L'instruction est rudimentaire et il ne montre guère d'habileté dans les petits travaux manuels qu'on lui demande. Son intelligence paraît médiocre. »

*Les tests de caractère* faits par notre collaboratrice, Mlle Courthial, montrent un caractère mal équilibré, d'une grande instabilité, avec tendances schizoïdes et psychasthénie assez forte ; il est vaniteux, hypocrite, menteur, coléreux, mais il montre une certaine sincérité. Les complexes dominants sont ceux de crainte et d'anxiété. La moralité est assez stricte, mais confuse ; il semble pouvoir exercer un certain discernement. Les intérêts sont peu nombreux. A remarquer le grand nombre d'intérêts d'ordre sexuel. Puérilité quant aux désirs des professions : officier, ingénieur, soldat. L'enfant est mal adapté. Rêverie jointe à la colère et à l'instabilité.

Le 8 janvier 1935, l'un de nous donne l'avis suivant :

« Aspect de discordance. Pas de débilité intellectuelle globale. Déséquilibre imaginatif. Projets bizarres : chasse au tigre. Rêverie pathologique. Désordre de la conduite : documentations dans le sens de la rêverie. Achat de revolver. Adaptation au milieu difficile. Inaffectivité. Désintérêt. Antécédents : convulsions, diphtérie avec réactions méningées. Pronostic : très réservé. Redouter l'évolution vers une démence précoce. »

*La ponction lombaire* n'a rien donné de pathologique. La culture du liquide céphalo-rachidien sur milieu de Lœwenstein a été négative ; l'inoculation au cobaye n'a donné aucun résultat.

*Analyse de la rêverie pathologique* : Nous avons eu de nombreuses conversations avec le malade ; en général, il parle avec franchise, il semble aimer raconter tout ce qui le concerne. On pourrait voir là

un certain goût de la mise en scène, mais nous croyons pouvoir dire qu'il est sincère dans ses narrations et qu'il n'a pas cherché à nous mystifier.

Il a quelquefois une certaine émotion, quand on lui annonce par exemple qu'il est encore obligé de rester dans le service. Le plus souvent il est assez apathique, quelquefois il a ce que son beau-père appelle « des absences ». En réalité, il ne s'agit pas de véritables absences, l'enfant se livre plutôt à ses rêveries. Deux ou trois fois, en racontant ses projets, il paraît se réveiller subitement et il ne continue pas son histoire.

Il aime parler de ses parents. Il n'a pas connu son vrai père ; il sait que celui-ci était marin, pendant la guerre il était sur un cuirassé, actuellement il serait sur un bateau de commerce. Il a abandonné sa mère et lui alors qu'il n'avait que quelques mois. Sa mère est allée en Algérie, elle s'est mariée ; son beau-père a toujours été très gentil avec lui et il le préfère même à sa mère, qui est un peu indifférente à son égard et ne s'est pas intéressée à lui depuis qu'il est en observation au Patronage.

Il a peu d'amis, il aime rester seul. Il est assez émotif, il a peur, il s'inquiète facilement. Quand il est seul dans l'appartement, il a peur des cambrioleurs. Quand il était plus jeune, il est allé une fois au Jardin des Plantes, il regardait les bêtes en disant que ce n'est pas difficile de « tuer une bête comme ça ».

Il rêve fréquemment. Il est toujours enfermé dans une petite chambre ; les murs de la chambre se rapprochent, il semble qu'on l'a mis dans un piège, d'où on ne veut pas le laisser sortir. Il raconte ce rêve comme s'il s'agissait de la réalité. Ou bien, il est enfermé dans une cave, il y a des serpents, des rats, des souris, qui sont autour de lui, les serpents montent sur son corps. Il raconte qu'il a eu des rêves qui ont été de véritables prémonitions : il a rêvé qu'au moment de sortir de la maison une voiture arrivait, il a sauté sur le moteur pour ne pas être écrasé ; cette scène se serait produite réellement après plusieurs jours. Une autre fois, il a rêvé qu'une bicyclette lui avait passé sur la jambe, ce qui arriva par la suite. Une fois encore, il a rêvé que deux femmes, dans la rue, étaient en train de causer, une troisième femme venait portant son pain ; le jour suivant, il a réellement vu ces femmes dans la rue dans les mêmes circonstances, il les a reconnues. Quand il voit des personnes, il les reconnaît souvent parce qu'il les a déjà vues dans ses rêves. Il semble avoir très fréquemment éprouvé le phénomène du « déjà vu ».

Mais ses rêves principaux sont ceux de bêtes sauvages, surtout le tigre, qui joue un grand rôle dans sa rêverie à l'état de veille. Il va chasser le tigre ; la chasse au tigre va faire le sujet essentiel de sa rêverie pathologique. Depuis longtemps il a l'intention de partir pour les Indes, ou pour la Chine, ou pour l'Afrique Centrale, où il ira à la chasse au tigre. Pour le moment, il n'a pas assez d'argent, il a besoin à peu près de 10.000 francs. Il donne un détail très précis



de ses dépenses. Il porte toujours avec lui de petites fiches sur lesquelles il a marqué ce qui est nécessaire pour aller à la chasse au tigre, il appelle cela ses « documentations ». Il regarde les catalogues des Grands Magasins qui lui tombent entre les mains et corrige, d'après eux, les indications des prix.

Sur une des fiches il a porté les indications suivantes :

a) Habillement : 2 costumes complets, casque, guêtres, chaussures, lacets, 6 chemises, 6 mouchoirs, 4 caleçons, tricot, complet de ville, chaussons, chaussettes, ceinture, bretelles, jarretière, chaussures de ville, lacets, 1 pardessus, 1 cuir, 3 cravates, 3 cols (boutons), 6 pull-over, tricot de laine, 2 couvertures laine, 2 tricot de feutre.

b) Armements : 1 cartouchière, 1 fonte, 1 carabine à répétition, à chargeur, 1 pistolet type armé de 9 mm., 1 pistolet de voyage 6 mm. 35, 1 couteau de chasse.

c) Munitions : 100 cartouches à carabine, 50 cartouches à pistolet 9 mm., 25 cartouches à pistolet 6 mm. 35.

d) Pharmacie : teinture d'iode, quinine, 2 bandages, épingles, thermomètre.

Sur une autre feuille, il a noté les prix des objets dont il a besoin. En somme, il doit avoir 10.000 francs pour partir afin de satisfaire aux dépenses nécessaires, y compris celles du voyage.

Dans ses rêveries, beaucoup de ses fantaisies sont des cruautés extrêmes de type sadique. Il ne veut pas seulement chasser et tuer les tigres, pour vendre leur peau, il faut les faire souffrir le plus possible ; il décrit ce qu'il fera : arracher les parties du corps les unes après les autres, les yeux, etc., pousser son couteau dans leur corps. Il décrit tous ces faits avec beaucoup de détails. Quand on lui demande pourquoi il ferait souffrir ces animaux, il répond : « parce qu'ils sont méchants ». Il dit aussi qu'il aurait plaisir à martyriser les chats : « les chats sont aussi méchants que les tigres ». Quand il était jeune, dit-il, il aimait jouer à la petite guerre, faire souffrir les autres.

Il présente un assez net complexe d'infériorité, dont ses rêveries paraissent compensatrices. Il croit que ses camarades le prennent pour un idiot. Il n'ose pas dire ce qu'il pense, il a peur que les autres se moquent de lui. Il est mécontent, dit-il, qu'à son âge il n'ait pas pu « faire son avenir ». Il veut aller à la chasse au tigre pour se glorifier et pour faire peur aux autres qui sont plus forts que lui. Il ne se sent aimé par personne, aussi veut-il faire du bien à autrui, peut-être alors l'aimera-t-on. Il veut être estimé. Un jour, il a trouvé une rosette de la Légion d'honneur, il l'a mise à sa boutonnière, le gendarme qui l'a vu lui a donné l'ordre de l'enlever. Il aimerait être décoré pour en « imposer aux autres ». Quand il a été photographié, il a dit : « Je ne veux pas qu'on mette ma photographie comme cela dans un dictionnaire, j'aimerais bien être photographié avec un fusil et un tigre. » Il tient des propos bizarres, il raconte qu'il a fait un

fusil en bois, il ne tire pas, mais il peut s'exercer à viser. Il veut qu'on le photographie avec ce fusil et une casquette, il prendra un petit chat dans ses bras pour qu'on pense que c'est un petit tigre ; il veut dessiner un tigre sur un grand carton, être photographié avec ce tableau, il croit qu'on le prendra pour un véritable chasseur de tigres.

Il raconte ce rêve : il est à la chasse au tigre, il tire et blesse la bête, mais au lieu d'être tué le tigre devient de plus en plus vivant ; « en l'attrapant il lui donne la vie ». Quand il s'est réveillé, il avait peur. Il parle de ce rêve comme s'il était une réalité. Il raconte même qu'il a fait réellement de telles expériences : il tape par exemple sur une petite bête, mais elle devient plus vivante (*sic*).

Il a surtout de grands *désirs d'aventures*, il aime beaucoup lire les romans policiers et les livres d'aventures. « J'ai soif d'aventures », dit-il à plusieurs reprises. Il a été quelquefois à la gare, il était très triste quand il devait la quitter sans pouvoir partir. A Paris il s'ennuie, il veut aller dans les pays étrangers, mais ce qui l'intéresse ce ne sont ni les pays, ni les hommes, c'est seulement la chasse au tigre dont il rêve tout le temps.

*Commentaires.* — En résumé, il s'agit d'un garçon de 16 ans, qui n'est pas un débile, mais dont l'intelligence est médiocre. Le trouble le plus remarquable qu'il présente est sa rêverie bizarre : il veut aller à la chasse au tigre, il vole de l'argent pour acheter un revolver, toute sa vie s'oriente à organiser une expédition pour chasser le tigre. Il vit dans un monde imaginaire, qui souvent est pour lui plus fort que le monde réel. Il ne comprend pas l'absurdité de ses idées et de ses actions, il est tout à fait convaincu de leur importance et de la possibilité de leur réalisation.

Avec A. Borel, depuis 1923, puis avec Dublineau, avec J. Borel, nous avons publié des cas de rêverie morbide ou de délire de rêverie. Nous avons insisté sur ces créations imaginatives, dont le sujet se satisfait comme d'une compensation à une réalité pénible. D'autres auteurs, Borel et Robin, Mignard et Montassut, ont publié des faits identiques.

La rêverie est normale à un certain âge de l'enfant, mais, d'abord, elle disparaît plus tard et, surtout, elle n'entrave pas la vie sociale de l'enfant, c'est-à-dire sa vie scolaire ou familiale. Dans un certain nombre de cas peut se développer ce que, dans la littérature allemande, on a nommé « *Seelenbinnenleben* », c'est-à-dire à l'époque de la puberté, une vie psychique intime et indépendante, qui n'a que peu de rapports avec la vie extérieure.

Dans notre cas, il ne s'agit pas de ces états individuels, que l'on peut considérer comme normaux, il s'agit de phénomènes

morbides. Notre malade ne mène pas une vie normale et régulière, gardant ses fantaisies pour lui ; ce sont ses fantaisies qui influencent toute sa conduite. Sa rêverie imaginative a bien le caractère du jeu (Toulouse et Schiff), mais l'enfant n'est plus le maître du jeu. Il ne se rend pas compte de la bizarrerie et de l'anomalie de sa rêverie, il croit qu'il peut la réaliser, il oriente toute sa vie pour « partir et chasser le tigre ». Ses rêveries s'imposent donc à lui, à sa personnalité, à ses rapports avec la réalité et le milieu extérieur. Il vole pour se procurer de l'argent, pour acheter un revolver, pour pouvoir préparer sa valise. Il ne comprend pas que toutes les économies qu'il peut faire ne suffiront pas à préparer le voyage qui, d'après ses calculs, coûtera 10.000 francs. Il veut travailler, « faire n'importe quoi pour gagner de l'argent ».

Dans notre travail sur le délire de rêverie, avec J. Borel, nous disions : « Pour que la rêverie normale de l'enfant devienne du délire, il faut une modification de la personnalité sous l'action d'une maladie organique ou d'un syndrome psychopathique nouveau. » Dans le cas présent, il s'agit d'une rêverie pathologique que l'on peut assimiler à un délire de rêverie. Il nous faut donc nous demander quel est le terrain morbide qui a permis l'éclosion de cette monstruosité imaginative.

S'agit-il d'un début de démence précoce ? — Nous avons, en d'autres circonstances, insisté sur la fréquence du délire de rêverie au début de la démence précoce et dans la démence paranoïde. Cette formule délirante et celle du « rationalisme morbide » de Rogue de Fursac et Minkowski ou « délire dogmatique » de Clérambault, nous paraissent les types les plus fréquents de délire au début de la démence précoce.

Or, dans notre cas, l'enfant, depuis deux ans, a changé de caractère, il est devenu très indifférent, il ne montre plus aucune affection pour ses parents. Il n'a pas d'affaiblissement psychique global, mais il montre un manque de critique et des troubles du jugement vérifiables par certains tests, comme on en voit au début de la démence précoce. Sans doute, le mécanisme de la rêverie pathologique de notre sujet pourrait trouver, dans les complexes psychanalytiques, des explications immédiatement satisfaisantes. Le complexe d'infériorité est évident, l'enfant n'est pas content de sa situation réelle, il est un enfant naturel et il le sait, sa mère ne s'intéresse pas à lui, elle ne l'aime pas et il en souffre. Partout où il se trouve il se sent malheureux : à l'école, il a été dans la classe du certificat d'études, il a manqué l'examen d'un 1/2 point, dit-il, et n'a pas voulu retourner à

l'école parce qu'il n'avait pas de camarades, il préférerait apprendre un métier. Partout il a eu des difficultés. Complexe d'autopunition et mécanisme d'échec, diraient les psychanalystes. Dans tous ses rêves et dans les explications qu'il donne, on discerne un conflit familial marqué. Beaucoup de symboles sont sans doute d'ordre sexuel : les serpents, les rats, les souris ; il hait sa mère et ses fantaisies sadiques, notamment celle de tuer le tigre, ne symbolisent peut-être que la haine qu'il éprouve à l'égard de sa mère. Ses rêveries imaginatives peuvent être regardées comme une compensation d'une réalité qui lui est pénible. Il est timide, il a peur, il se sent inférieur à ses camarades. Il veut être estimé, il veut être un homme célèbre. Or, il ne voit aucun chemin dans la réalité pour arriver à ce but, il se réfugie dans sa rêverie.

Nous acceptons volontiers ces formules psychanalytiques pour expliquer le contenu de cette rêverie morbide, mais elles ne sont pas suffisantes, à notre avis, pour la légitimer. Pour qu'une pareille rêverie ait pu se développer et atteindre un degré tel qu'elle puisse s'assimiler à un délire, pour qu'elle puisse être si manifestement malade et entraver toute la vie sociale du sujet, il a fallu un terrain profondément taré.

Or, l'hérédité est lourde ; la mère est une déséquilibrée, qui paraît avoir eu des crises de mélancolie. La grand'mère paternelle est allée vivre en solitaire parmi les indigènes du désert, elle était sans doute délirante et peut-être démente précoce. Marc a eu des convulsions à 7 mois ; à 7 ans, il a eu une diphtérie avec réactions méningées ; depuis l'âge de 11 ans, il a eu de fréquentes absences, peut-être comitiales. La lourde hérédité et les antécédents personnels constituent un terrain incontestable de dégénérescence physique et mentale.

Dans cette rêverie pathologique de la puberté, peut-être s'agit-il seulement d'une bouffée délirante des dégénérés, qu'on peut assimiler au type décrit par Magnan ? Les troubles de l'affectivité, la discordance que nous constatons, sont peut-être le début d'une démence précoce ?

Nous posons les questions sans les résoudre.

Nous rappelons qu'un enfant, que nous avons présenté avec Dublineau, avec une même rêverie morbide, hérédosyphilitique, qui présentait aussi des phénomènes de discordance, paraît actuellement guéri. Il a repris son travail scolaire, il donne satisfaction à sa famille, mais il reste bizarre, étrange et son avenir mental ne nous semble pas rassurant.

Nous attachons, ainsi que nous le montrerons dans un tra-

vail en préparation avec Dublineau, une grande importance aux poussées évolutives de la démence précoce. Nous développerons cette idée en son temps. Nous rappelons aussi que Halberstadt a insisté sur la possibilité de la démence précoce évolutive, dont l'origine pouvait remonter à l'enfance. Il nous semble que ces rêveries morbides, ou délire de rêverie, dont nous pouvons saisir quelquefois le mécanisme chez l'enfant, peuvent être les premières manifestations pathologiques d'une démence précoce qui s'avérera plus tard.

Une autre question peut être encore discutée : l'enfant a commis des vols, il a fait des fugues. Il ne peut être question pour lui d'un placement familial. On ne peut le rendre à ses parents, qui veulent se débarrasser de lui. Actuellement, nous ne voyons pas d'autre solution qu'un internement, en exprimant seulement le regret de n'avoir pas un service qui permette le traitement suffisamment prolongé de cet enfant, en cure libre.

### **Tumeur de la région hypophysaire à symptomatologie complexe, par MM. X. ABÉLY et COULÉON.**

La malade que nous vous présentons est atteinte d'une tumeur de la région hypophysaire, remarquable par le caractère atypique ou du moins complexe des symptômes, tant neurologiques que psychiques.

Disons tout de suite que la radiographie révèle une tumeur, qui, partie de la selle turcique, est devenue extrasellaire, s'étendant en avant et surtout en arrière, semble-t-il, effondrant ou détruisant les apophyses clinoides postérieures, déformant totalement la selle turcique. Il s'agit très probablement d'une tumeur cancéreuse métastatique. En effet, cette malade aurait été atteinte d'un néoplasme du rein gauche, qui a été opéré un an avant les premiers symptômes neuropsychiques.

Cette tumeur évolue depuis dix ans. La malade avait alors quarante-deux ans. Les premiers symptômes observés en 1925 ont été des crises épileptiformes avec perte de connaissance, convulsions, morsures de la langue, prostration et amnésie consécutives. Jusqu'en 1929, ces crises se sont reproduites de façon régulière, survenant parfois deux ou trois fois par mois. Depuis 1929, ces accès graves ont cessé mais ont été remplacés par des sortes d'absences avec arrêt brusque de l'activité, regards fixes, actes automatiques (la malade mélangeait par exemple des aliments hétéroclites, puis s'apercevait de son erreur).

En 1929 sont apparues des céphalées violentes, survenant par crises, surtout la nuit. La malade se plaignait en même temps de douleurs d'oreille accompagnées de bourdonnements.

En 1930 surviennent les premiers troubles mentaux. Ils se sont déclanchés rapidement et ont pris une allure aiguë. Il s'agissait, de toute évidence, d'un état confusionnel, avec désorientation, onirisme, pantôphobie, gâtisme. Cet état ne dura que quelques semaines ; puis après une période d'obnubilation, l'état mental était redevenu presque normal. On pouvait noter cependant quelques troubles de caractère. Les céphalées persistaient, la malade poussait parfois de véritables hurlements. A cette époque là apparaît aussi un signe d'Argyll bilatéral. Durant cette période, Mme M. a été vue par de nombreux médecins. Les uns ont pensé à une tumeur, les autres à une syphilis cérébrale ; d'autres plus éclectiques ont songé à une gomme. Les réactions spécifiques du sang étaient négatives. Une radiographie aurait été faite et n'aurait rien révélé. La malade a été vue à cette époque par Clovis Vincent, qui ne s'est pas prononcé.

En 1931 apparaît un nouveau symptôme qui rend le diagnostic plus hésitant encore : l'aphasie. Cette aphasie s'est développée assez rapidement. Il semblait bien qu'il s'agissait d'une aphasie complète ; la malade ne pouvait répéter que deux ou trois mots, ne pouvait plus écrire (elle crayonnait des dessins informes), elle comprenait mal ce qu'on lui disait ; elle ne pouvait plus lire bien que reconnaissant les lettres. Cette aphasie s'est améliorée, mais a laissé des reliquats importants. A ce moment, la malade parlait beaucoup, mais de façon incohérente, donc jargonophasie.

Depuis 1931 jusqu'en 1934 le syndrome neurologique s'était maintenu assez identique. Mais les troubles mentaux ont progressé vers un affaiblissement psychique de plus en plus marqué, avec une évolution intermittente. Cet affaiblissement a présenté des traits particuliers : Une amnésie de fixation très nette ;

Des idées de persécution : on voulait la voler, l'empoisonner, lui faire du mal. Elle accusait une de ses belles-sœurs de lui prendre de l'argent. Elle cousait des billets dans les doublures de ses vêtements ; puis en raison de son amnésie ne se rappelait plus ce qu'ils étaient devenus et pensait qu'on les lui avait volés. (Elle n'a jamais eu d'hallucinations) ;

Des troubles du caractère : elle entraînait dans des colères subites et violentes ; au cours de ses colères, elle prenait son mari à la gorge. Elle insultait des voisins ou même des gens qu'elle ne connaissait pas. Elle devenait grossière ;

De l'agitation même nocturne, car elle avait de l'insomnie. Il était impossible de la traiter car elle refusait tout médicament ;

Des phénomènes automatiques bizarres stéréotypés. Elle se rendait, par exemple, brusquement après le déjeuner, chez des voisins avec qui elle n'était pas jusque là en très bons termes, s'installait dans un fauteuil sans parler, et revenait chez elle au bout d'un moment.

C'est en raison de ces troubles mentaux que l'internement de la malade fut décidé. Mais un peu avant (2 à 3 semaines), une complication neurologique survint avec une grande rapidité : des troubles considérables de la vue. Elle entre à l'hôpital Henri-Rousselle en novembre 1934. Elle est examinée par MM. Dupouy et Pichard qui ont porté le diagnostic de tumeur cérébrale. Ils ont noté « amblyopie », « demi-cécité ». Quand elle arrive dans mon service, peu de temps après, la cécité était complète. Il est à noter que cette complication a évolué si rapidement qu'il a été impossible d'observer une phase possible d'hémianopsie.

A l'entrée et jusqu'à ces derniers temps le tableau clinique était le suivant :

**SYNDROME NEUROLOGIQUE. — Syndrome oculaire.** Vision nulle. Stase papillaire bilatérale avec congestion vasculaire. Stade d'atrophie. Pupilles inégales en mydriase, rigides à la lumière et à l'accommodation. Pas de nystagmus.

**Reliquats aphasiques.** Aphémie ou aphasie amnésique (la malade ne peut donner le nom de plusieurs objets qu'on lui met dans les mains, bien qu'elle indique du geste leur usage).

Paraphasie très nette.

Agraphie ; elle ne peut arriver à écrire son prénom, bien qu'elle en épèle les lettres ; elle ne peut dessiner un rond, un carré.

Surdité verbale moins marquée ; mais souvent les ordres donnés échouent ou le geste est inadéquat. Elle présente cette particularité de ne pouvoir indiquer les diverses parties de son visage.

**Astéréognosie.** Difficile dans le cas à distinguer de l'aphémie. Mais dans de nombreuses expériences elle ne peut indiquer ni le nom de l'objet, ni son usage.

**Apraxie.** Bien qu'ayant compris le geste demandé et essayant de l'exécuter, elle ne peut y parvenir et fait un geste parasite (exemple, ne peut envoyer un baiser).

**Persévération très marquée** dans le domaine moteur, verbal et psychique.

**Hémiparésie droite.** Réflexes tendineux plus vifs. Signe de Babinski. Notons encore quelques mouvements stéréotypés ou itératifs, tels que se frotter les mains, applaudir.

**Signes négatifs.** Pas de signe net d'hypertension intracranienne, en dehors de la céphalée. Tension 30. Pas de vomissements ; pas de constipation. Pas d'éléments du syndrome infundibulaire ; insomnie plutôt qu'hypersomnie ; pas de polyurie, pas de glycosurie, pas de troubles de régulation thermique. Pas de symptômes dystrophiques d'origine hypophysaire, pas d'adiposité, pas de troubles sexuels ; pas de cachexie (bien que la lésion paraisse évoluer assez rapidement depuis quelque temps l'état général reste assez bon).

Pas de troubles cérébelleux.

Pas de troubles de sensibilité ; légère hypoesthésie.

**Syndrome humoral.** — Sang : réactions négatives. Liquide céphalo-

rachidien : albumine 0,75 ; leuco. 0,2. Pandy +. Weichbrodt 0. Bordet-Wassermann —. Meinicke partiellement +. Benjoin : 11100.02222. 22220.

*Syndrome psychique.* — Affaiblissement intellectuel avec les particularités suivantes :

Amnésie de fixation. Désorientation totale (elle se rend compte cependant qu'elle est dans un hôpital. Alors qu'elle vient de déjeuner, elle déclare qu'elle n'a encore rien mangé).

Les souvenirs anciens étaient relativement bien conservés. Cependant elle tend à rappeler toujours les mêmes souvenirs.

Fabulation. Elle raconte qu'elle a reçu des visites, les décrit. Mais il ne s'agit pas d'hallucinations visuelles. Idées de persécution (on lui fait toutes sortes de misères ; on veut la faire mourir. Ses récriminations sont assez stéréotypées). Affaiblissement de l'auto-critique (inconscience partielle de son état ; elle n'est pas malade ; elle veut partir ; ne se rend qu'un compte très vague de sa cécité. Cependant se plaint souvent. Au cours des examens, s'irrite de ne pouvoir répondre correctement. « Je ne peux pas. » « Je suis bête. » Parfois elle se met en colère : « Vous vous moquez de moi ! Ce n'est pas bien. » La fatigue psychique est d'ailleurs rapide).

L'humeur est surtout mobile. Le plus souvent la malade est hargneuse, protestataire, coléreuse parfois. Elle reste cependant affective ; elle reçoit bien son mari ; elle remercie quand on lui donne des soins.

L'agitation est marquée ; c'est une turbulence incessante. La malade se lève incessamment de son lit, réclame quelque chose à grands cris. Parfois elle fait des colères, jette ses plats dans le dortoir. Elle dort mal la nuit.

Tel était le tableau clinique il y a un mois encore.

Depuis lors l'état s'est modifié. Une nouvelle complication est en effet survenue. Avec une rapidité analogue à celle de son aphasie ou de sa cécité, la malade est devenue sourde en deux semaines. Il s'agit d'une surdité totale. Les bruits les plus intenses ne sont plus perçus. Nous avons voulu préciser un peu les caractères de cette surdité. L'épreuve du vertige voltaïque de Babinsky et l'épreuve de Barany montrent des réactions normales et même très sensibles. Il ne s'agit donc pas d'une lésion des nerfs auditifs. La lésion est sans doute supranucléaire et probablement corticale. Il semble d'ailleurs que de temps en temps un mot pénètre dans la conscience de la malade. Nous avons cru observer en même temps une anosmie très marquée. De plus en plus la malade est séparée du monde extérieur et sa vie psychique est de plus en plus réduite ; la turbulence continue.

Si nous faisons maintenant la synthèse des signes neurologiques et des signes psychiques observés chez notre malade, nous arrivons aux constatations suivantes :



*Syndrome neurologique.* — Le seul signe de localisation précis est le syndrome chiasmatique avec sa double névrite optique. L'absence de tout autre symptôme de la série infundibulaire dystrophique, hypophysaire, n'est pas un fait extraordinaire. « Tout se passe comme si les lésions grossières et massives, lentement constituées, permettaient aux suppléances de jouer de façon parfaite ; tandis que les lésions petites, minimales même, entraînent souvent les tableaux cliniques à symptomatologie plus éclatante et variée. » Telle est l'opinion de Lhermitte dans son rapport du Congrès de Neurologie de 1934, et qu'il rappelait dans l'observation rapportée au Congrès de Lyon avec Sengès, Boullet et Trelles. Il n'en reste pas moins que sans les ressources de la radiographie, on aurait fort bien pu éliminer le diagnostic de tumeur basilaire et s'orienter vers celui primitivement porté de syphilis cérébrale. Il y a d'ailleurs, dans notre cas, une énigme qui subsiste. Comment un syndrome cortical gauche localisé (aphaso-apraxie et hémiparésie droite) a-t-il pu être provoqué par une tumeur sellaire ou supra-sellaire ? S'agit-il d'une lésion concomitante toute différente ? S'agit-il d'une deuxième métastase cancéreuse ? Paillas, qui a consacré sa thèse aux tumeurs cérébrales métastatiques, dont il a constaté la rareté, a publié avec Roger et Alliez, une intéressante observation de tumeur métastatique double (cervelet et lobe orbitaire droit). Il fait remarquer que si les signes neurologiques sont souvent paradoxaux, c'est peut-être que « des réactions vasculaires de type thrombotique ou hémorragique, peuvent se produire à distance de la tumeur ».

*Syndrome psychique.* — Le syndrome psychique est lui aussi paradoxal. Il s'écarte notablement du tableau classique de la bradypsychie, de la torpeur, de la somnolence, ou de la moria.

Ici encore, si l'on n'avait pas la certitude radiographique d'une tumeur, on pourrait songer à d'autres diagnostics : on pourrait penser tout d'abord à un syndrome de Korsakoff avec sa désorientation, son amnésie de fixation, sa fabulation. Mais le syndrome korsakovien a été souvent décrit dans les tumeurs du 3<sup>e</sup> ventricule ; le tableau est d'ailleurs quelquefois assez approximatif. Mais notre malade rappelle beaucoup plus un autre syndrome : c'est celui de la maladie de Pick, avec possibilité d'atrophie occipitale, et plus encore celui de la maladie d'Alzheimer. On y retrouve le syndrome aphaso-apraxo-agnosique, la paraphasie, la jargonaphasie, la persévération, les répétitions verbales et motrices stéréotypées, l'amnésie de fixation, l'agitation, les cris, l'agressivité et l'insomnie. Lhermitte a publié un

cas de maladie d'Alzheimer avec cécité d'origine centrale et anosognosie qui se rapproche singulièrement de notre cas (1).

M. LHERMITTE. — Je signalerai simplement que l'hyperorexie ou augmentation de l'appétit, qu'il ne faut pas confondre avec la boulimie ou exagération de l'ingestion de nourriture, se rencontre parfois dans les syndromes infundibulaires. Je l'ai observé avec M. Trelles chez une démente sénile, où nous avons trouvé une plaque de Redlich sur l'infundibulum. Je souligne également ce fait, apparemment paradoxal, qu'une destruction massive de la région infundibulaire, son excision par exemple, n'amène aucun trouble, alors qu'une lésion minime, sa simple piqure par exemple, produit une riche séméiologie.

M. SCHIFF. — Les tumeurs cérébrales chez les gens âgés sont moins rares qu'on ne le croit. En moins d'un mois, je viens d'en trouver deux chez des septuagénaires. En l'absence de tout signe de certitude, je crois qu'il faut ajouter une grosse importance à la dissociation des réactions Pandey et Weichbrodt pour le diagnostic de ces tumeurs.

M. CEILLIER. — La malade ne savait pas montrer dans un miroir les traits de son visage, nous dit l'auteur. Si cette agnosie est limitée ainsi, elle prêterait à d'intéressantes considérations.

M. X. ABÉLY. — La malade est progressivement devenue démente et ses réponses, à l'heure actuelle, ne permettent pas d'étudier l'agnosie.

**A propos du diagnostic des états paranoïdes. Dessins et écrits gastronomiques, érotiques et fantaisistes d'un persécuté mégalomane incohérent, par MM. J. VIÉ et P. QUÉRON.**

En explorant les archives de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, nous aperçûmes à terre, dans un coin, un volumineux paquet de papiers ressemblant de loin à de vieux catalogues. En ayant pris quelques feuilles, nous fûmes bien étonnés d'en voir les deux faces couvertes de dessins au crayon ou à l'encre, noirs ou rehaussés d'aquarelle, maladroits, en dépit de nombreux traits tirés à la règle, minutieux et multiples. La tendance décorative était nettement accusée dans ces dessins stylisés, surchargés, entremêlés de mots ou de bribes de phrases,

(1) Nous devons remercier le professeur Lhermitte, qui a bien voulu examiner notre malade et nous donner de précieuses indications.

souvent néologiques, toujours incohérentes et couvrant toute la surface des feuillets. Les pages succédaient aux pages et nous parcourûmes ainsi quinze cents feuilles, du poids total de cinq kilos ! C'était un défilé interminable de gâteaux, de corbeilles de fruits, de palais étranges, de scènes à personnages tout à fait naïves, soit historiques, soit nettement érotiques ; le tout, sans le moindre respect de la perspective, et donnant une certaine impression de monotonie, bien qu'un examen plus attentif révélât une extrême variété dans les détails.

Au premier abord, on est frappé par la prédominance des *thèmes gastronomiques* : certaines pages sont entièrement couvertes de tartes, pièces montées, fruits confits, de biscuits, vus de plan et de profil. Ces figures culinaires, répandues à profusion, même au milieu d'autres thèmes, servent bien souvent de point de départ à des fantaisies purement imaginatives d'ordre décoratif. Mais on ne tarde pas à s'apercevoir que certains motifs semblent reproduits avec une prédilection toute particulière : pêches à la fente exagérée à dessein, poires et ananas également fendus... Dans bien des cas, la répétition de ces curieux fruits semble être l'unique but de la figure et leur rapprochement avec certains autres motifs ornementaux met sur la voie d'un *symbolisme érotique*. Tout d'abord, le malade lui-même s'est chargé de nous donner une *indication sexuelle* = *phallus* au centre d'une page, sur laquelle figure, *posé sur son coquetier*, un œuf dur émergeant de sa coquille brisée et entouré de nombreuses figures ovales, percées d'un orifice allongé, nous laissant d'autant moins de doute sur leur signification que nous les retrouvons ailleurs, voisinant *avec une femme nue, la main placée sur la région pubienne*. Ces figures allongées que l'on retrouve avec une fréquence extrême deviennent, au milieu des pages gastronomiques, des gâteaux variés. Nous trouvons bientôt leur pendant dans un *biscuit flanqué à sa base de deux demi-cercles* constituant un gâteau phallique non déguisé. Sur un autre feuillet est dessiné le « *mythe de la création* » : une femme tient à la main deux énormes fraises, dont la valeur masculine est attestée par ce fait que l'homme tient lui-même une sorte d'emblème vulvaire... Et c'est en continuant les comparaisons que l'on pénètre le symbolisme des fruits, qui tient une si grande place dans ce volumineux travail : la pêche à la forte fente, l'abricot, tout comme le gâteau « *vulvoïde* » représentant le sexe féminin, tandis que la poire, l'ananas, la fraise « *testiculaire* » schématisaient l'appareil mâle au même titre que l'œuf sortant de sa coquille. Bien d'autres symboles érotiques se retrouvent encore : coffrets, urnes, couteaux, arcs, flèches et mousquets...

A l'aide de ce symbolisme sexuel, les préparations culinaires de notre malade prennent une signification bien particulière et toutes les transitions s'observent entre les figures purement gastronomiques, les figures érotiques et les dessins de pure fantaisie.

Ainsi, certains feuillets portent des *scènes érotiques* bien souvent obscènes : le thème de la création est plusieurs fois répété : *un couple nu dans un paysage paradisiaque* ; l'homme y est toujours représenté sous des traits semblables... Peut-être ceux du *malade* ? (petite moustache et petite barbiche).

Plusieurs dessins érotiques posent une série de questions. Voici par exemple *un gynandre* au faciès masculin, avec de longs cheveux surchargés d'ornements, à la puissante poitrine et possédant une vulve fortement accentuée en avant. D'autres scènes paraissent traduire une déception ou une réprobation de la part de leur auteur ; dans celle intitulée : « *Quelques temps après la création du monde* », un homme vêtu d'une sorte de soutane approche la main des parties génitales d'une chèvre perchée sur un rocher... Ailleurs, un petit homme en habit demeure « *décontenancé* » de voir ses organes sexuels l'abandonner brusquement ! Et encore deux *prostituées*, « commerçantes inconséquentes dans des tripots clandestins », se tiennent nues de chaque côté d'un coffret recelant « l'argent de volupté ». Peut-être sont-ce les « vilaines femmes » qui persécutaient tant ce malade, comme nous l'avons appris plus tard.

D'autres dessins sont manifestement consacrés à des *conceptions mégalomaniaques*. Voici toute une série de châteaux surchargés de détails et toujours accompagnés des emblèmes sexuels. Ailleurs, ce sont des espèces de *châsses* aux ornements compliqués ou bien des constructions mi-architecture, mi-ébénisterie, comme ces « *archives nationales* », dont le rez-de-chaussée supporte des rayons de gros volumes et des tiroirs hermétiquement clos.

Certaines feuilles sont couvertes de *noms et de figures* se rapportant à l'histoire (Brutus, Henri IV, Napoléon), à la philosophie (maison de Socrate, rite écossais, Grand-Orient), à la religion (papauté, scènes bibliques, communion, objets sacerdotaux), mais nulle part les préoccupations alimentaires ne perdent leur droit, comme dans les « Ecuries partagées avec Augias : (déjeuner de sainfoin et de luzerne, dîner de betteraves) ».

Enfin, à un autre endroit, l'auteur nous décrit *un jeu de dame* qu'il aurait inventé à l'âge de 14 ans ; ailleurs, il imagine « *Parisianna-port de mer* », qui voisine du reste avec la « *Galette de l'Ingénieur Maritime* ». Il s'occupe également de l'Etat, de la question économique et morale et vertus civiques, symbolisées

par un *fourneau de cuisine* soigneusement dessiné. Partout, répétons-le, les préoccupations gastronomiques pénètrent intimement la pensée du malade, dont elles tendent à devenir le véritable mode d'expression.

Un point important nous laissa perplexes au début ; c'était l'ignorance de l'identité même de l'auteur de ces multiples dessins : tous ces écrits d'une absolue incohérence ne semblaient être qu'une juxtaposition de mots plus ou moins abstraits, de noms propres, de recettes de cuisine invraisemblables... Après l'examen minutieux des 1.500 feuillets, nous n'en trouvâmes que trois portant le nom que nous cherchions : une fois sur l'enseigne d'une pâtisserie, une seconde à côté d'une « grand'croix de vermeil avec le titre de capitaine » et la troisième fois le malade le donnant comme un pseudonyme.

Maintenant, résumons brièvement l'*observation* de notre dessinateur : Edmond F..., né en 1848, ornemaniste, fut interné le 14 mai 1891 à 43 ans pour « délire alcoolique avec hallucinations pénibles (Magnan) ». Il était en proie à des craintes, des frayeurs et s'était brisé les deux jambes dans une tentative de suicide. En 1901, *Dagonet* le transfère à l'asile d'Evreux avec le diagnostic de « Délire des persécutions ». Il apparaît à M. Raoul Leroy comme un « affaibli incohérent avec des idées délirantes de persécution et de grandeur, des hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale ; il se croit Pair de France, etc..., et en proie aux persécutions d'une bande d'individus qui l'électrisent... En 1910, M. Nouët le dit atteint de démence précoce paranoïde avec idées délirantes de grandeur, conservation de la mémoire et de l'orientation, indifférence émotionnelle... Il ne s'occupe pas.

A Ainay, M. Pochon en fait « un affaiblissement intellectuel vésanique ». Placé dans une famille, F... se montre calme, docile, reste 14 ans dans la même maison jusqu'à la mort de sa nourricière, mais ne travaillant pas pour elle. Peu avant sa mort, survenue le 18 avril 1925 des conséquences d'un ramollissement cérébral avec hémiplegie gauche, il était très affaibli, ne parlait presque plus, marchait à petits pas.

Nous voudrions situer cette œuvre graphique dans l'évolution de la maladie et essayer d'en déterminer la valeur.

Quelques repères le permettent. Un mémoire de quatre pages, daté du 20 fév. 1913 (F. ayant 65 ans) et adressé au ministre de la guerre, expose de façon encore cohérente, d'un style coulant et d'une écriture régulière, le délire de grandeur et de persécution du malade. Il s'intitule Edgard Nathaniel Benjamin Philippe d'Orléans et se dit victime d'une substitution, d'une « blague positivement esbrouffante » contre laquelle, « malgré son libéralisme, il proteste ». Il raconte des aventures innombrables, lui qui « avait été blessé dans la

voiture de l'empereur avec maman Marie dans le moment des bombes dites Orsini », lui ancien élève de Polytechnique, du Prytanée, etc..., devint ensuite *dans l'état ouvrier*, petit sculpteur, puis petit artiste peintre, lorsque le hasard voulut qu'il rencontre Edmond Gabriel F., « peintre fou » à Bicêtre, pour qui on le fit passer. Le délire est assez décousu, devient nettement imaginatif en s'enrichissant sans cesse de nouveaux détails indépendants du reste ; il n'éveille qu'une protestation formelle et le malade admet des conciliations et des points de contact entre ses deux personnalités qui ont tendance à se fusionner.

La plus grande partie des travaux que nous présentons a été exécutée pendant la guerre de 1915 à 1919. L'affaiblissement a fait des progrès considérables ; il n'y a plus de phrases suivies, mais seulement des titres, des énumérations, des mots abstraits, des néologismes multiples. Les deux faits les plus marquants sont la production des dessins et la dominante gastronomique. Les recettes de cuisine se réduisent à des listes d'ingrédients variés, souvent imaginaires. Leurs titres sont bizarres, peu adéquats à des préparations alimentaires, et rappellent les autres préoccupations de leur auteur. Notons : le Foie à la Virgile, Jarretière de poésie, chocolat pondéré à la gauloise, l'Artilleur de pain chaud, le légataire sucré, les longitudes au café chicorée, les gribouillages gastronomiques. Il y en a d'érotiques : la lampe parfumée de Vénus Volupté, le buisson de la poésie des amours. Certains sont empruntés au fond local : la Colonie, le Pot-au-feu de ma Nourrice ; d'autres sont purement néologiques : le Johannis bergamotte, le Saccarosebabin, le Crasinistome à l'anisette... la liste est inépuisable.

Il ne s'agit plus de délire à proprement parler ; le malade a cessé de protester, de revendiquer. Ancien ornemaniste et dans sa jeunesse apprenti pâtissier, de 67 à 71 ans il se complaît à traduire par le dessin, sous la forme gastronomique, les vieux thèmes persécutifs et mégalomaniques qui se fondent avec l'élément imaginatif. Il n'y a plus là qu'une activité de jeu avec quelque indice peut-être de ce qu'Adler appelle une affirmation de protestation virile. Sur la façade d'une pâtisserie le pseudo-duc d'Orléans, de Philippeville, de Richebourg, prince du Golfe de Gascogne, revient à écrire sans restriction son patronyme de F... Le 4 septembre 1919, il vient spontanément donner au médecin tous les détails de son véritable état civil.

*La période gastronomique* de la maladie a ainsi marqué au cours de l'évolution la transition entre le déclin de son délire et le déclin de son intelligence. L'expressionnalisme gastronomique a pallié, en une certaine manière, pendant cinq ans, à la dyslogie démentielle. Elle a représenté, après la dislocation de ce qui fut la vie de l'homme, la reviviscence des automatismes de la jeunesse pour épanouir, en une compensation platonique, la satisfaction des instincts fondamentaux de nutrition, de création et d'expansion. De 72 à 76 ans, où F. meurt d'une lésion vasculaire du cerveau, il ne produit plus, il n'est plus qu'un sénile anéanti.

Quelle place assignera-t-on à ce malade dans la nosologie ? Certaines pages de calculs arithmomaniacques, d'accumulations linéaires hermétiques, feraient songer à la démence précoce, dont le diagnostic fut porté à une époque où l'on en élargissait sans mesure le cadre du côté des paraphrénies. Il suffit de regarder le verso de ces feuilles et de les replacer dans l'ensemble pour ne pas s'y arrêter. La large fantaisie des sujets révèle un pouvoir et une initiative créatrice vivaces. Si les types de dessins se ressemblent, il n'y en a pas deux qui soient identiques ; rien n'est abandonné à la stéréotypie vraie. Les soucis de la symétrie et du géométrisme sont restreints. La profession de l'auteur explique certains aspects d'une technicité un peu scolaire. Enfin, il ne cesse pas de puiser des sujets autour de lui, tel la naïve figuration, très réaliste, de sa chambre de pensionnaire.

La démence précoce n'a pas épuisé le contenu des anciennes *démences vésaniques*. Celles-ci représentent l'issue fréquemment observée dans les asiles, de délires chroniques à désagrégation progressive. Nous en saisissons mal le mécanisme évolutif. L'incohérence du vésanique diffère profondément de celle du dément précoce. Elle n'est marquée d'aucun stigmat catatonique. Notre cas diffère aussi des délires à évolution démentielle rapide, décrits par Mme Thuillier-Landry. Il se rapproche par bien des traits de l'histoire de Joseph Heuer, qu'observa Willimann à la Clinique de Genève (*Arch. Intern. de Neurol.*, mai-août 1911). C'est en retenant ces documents d'une grande richesse que l'on peut espérer parvenir à en édifier quelque jour la synthèse.

**Séréotypies rythmées de la tête et du cou au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire d'origine vasculaire avec dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien,**  
par MM. H. BARUK et D. LAGACHE.

Nous rapportons ci-dessous une observation de syndrome pseudo-bulbaire, qui nous a paru intéressante à un double point de vue : d'une part, à cause des mouvements involontaires rythmés qu'a présentés le malade ; d'autre part, à cause de la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Voici tout d'abord l'observation :

OBSERVATION. — Le malade, âgé de 45 ans, est entré à la Maison Nationale de Santé le 11 mai 1931, avec le certificat suivant : « ... présente un état démentiel avec agitation motrice, turbulence nocturne, indifférence affective et hyperémotivité réflexe, impuls-

tivité coléreuse, gâtisme ; impossibilité de se diriger. Fond d'organicité, hypertension (20-12). Grosse dysarthrie, hyperreflectivité tendineuse ». (D<sup>rs</sup> Buvat et Villey).

Sur l'histoire de la maladie et les antécédents du malade, les renseignements les plus anciens remontent à avril 1928. Depuis cette époque, il fut traité par son médecin pour hypertension artérielle et artériosclérose. La tension resta d'abord très élevée (28-12) malgré les diverses thérapeutiques hypotensives, puis commença à fléchir, en même temps qu'apparaissaient les troubles nerveux et mentaux. En février 1931 on pratiqua l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien. Le premier révéla 0 gr. 50 d'urée par litre de sérum et une réaction de Bordet-Wassermann négative. Le second donna les résultats suivants : Hyperalbuminose (2 gr. 30) ; 3 lymphocytes par millimètre cube ; Bordet-Wassermann négatif ; Réaction du benjoin colloïdal : 00000.22222.200010.

L'état du malade s'aggrava peu à peu et en même temps que s'accroissait le syndrome pseudo-bulbaire, des mouvements stéréotypés prenaient une grande intensité et réalisaient avec les troubles mentaux le tableau clinique suivant :

L'interrogatoire décèle l'affaiblissement intellectuel. Le malade fait des réponses très confuses concernant la date de sa naissance, celle de son mariage, etc. Il dit son âge (44 ans), le nombre et l'âge de ses enfants, et avec plus de difficulté l'adresse de sa femme. Il déclare qu'il n'a jamais été malade avant la maladie actuelle qui a débuté « il y a 3 mois par une forte tension », de la fatigue nerveuse, des maux de tête.

La dysarthrie est marquée. La parole est basse, nasonnée, monotone.

Le malade est agité, se lève plusieurs fois au cours des examens, et, interrogé, déclare qu'il se lève parce qu'il est énervé, que l'attention le fatigue.

Il marche à petits pas, les jambes écartées, avec de brusques écarts latéraux, talonnant et traînant les pieds sur le sol, surtout à droite. Les oscillations des membres supérieurs sont conservés. La marche paraît avoir une action suspensive inconstante sur les crises de pleurer spasmodiques.

Celles-ci sont fréquentes et intenses. A leur origine se trouvait assez souvent, au début, une petite émotion. Ultérieurement elles surviennent sans motif apparent, parfois à l'occasion du rire. Au cours de la crise, le malade ouvre la bouche et laisse voir sa langue appuyée contre le palais. Une fois la crise déclanchée, le malade ne peut l'arrêter malgré ses efforts. Peut-être est-ce à cette fin qu'il recourt parfois à la marche.

Au pleurer spasmodique s'ajoutent fréquemment des *mouvements rythmés de la tête*. Parfois ce sont des mouvements de flexion d'avant en arrière. Beaucoup plus souvent, ce sont des mouvements de circumduction de la tête sur le cou, qui commencent par une rotation



dirigée de gauche à droite. En même temps la tête est rejetée en arrière, les paupières sont à demi closes, de temps en temps les deux épaules ou seulement l'épaule gauche s'associent au phénomène par un haussement de même rythme, qui peut aussi avoir lieu isolément.

Les mouvements se succèdent sur un rythme régulier, à une vitesse de 76 par minute, par séries de 10 à 60, s'arrêtant net au bout de 15 à 45 secondes.

Ils peuvent survenir en dehors du pleurer spasmodique, quand le malade est debout ou assis, mais semblent plus fréquents et intenses quand il est couché. Lors d'un de nos examens, le malade étant en décubitus dorsal, les mouvements se succèdent par séries de 7 à 12, presque sans interruption ; dans le décubitus latéral, ils prennent une direction sagittale : le malade défléchit d'abord la tête, comme pour gratter sur le traversin le cuir chevelu de la région occipitale, puis la fléchit en avant.

Interrogé, le malade incrimine l'effet que lui impose l'interrogatoire, ou plus souvent fait des réponses vagues et diffuses ; comme on lui demandait une fois si sa tête remuait seule, ou si lui la remuait, il répondit : « C'est un peu moi. »

Le phénomène s'arrête pendant qu'il mange, pendant qu'il marche. L'intervention de l'observateur peut le suspendre, comme si on réveillait le malade, mais cette efficacité des interventions étrangères n'est pas constante. Une fois nous avons vu les mouvements brusquement arrêtés par la sonnerie d'une pendule ; le malade tourna la tête vers la pendule et déclara : « On ne voit pas l'heure ».

Au niveau de la face, la bouche inégalement ouverte est attirée à gauche ; le pli nasogénien droit est effacé ; au niveau du facial supérieur peu de chose : le malade ride assez mal son front.

La langue, un peu déviée vers la gauche, est par moments le siège de mouvements de reptation ; le malade peut la tirer, la faire claquer, la mettre en gouttière.

Il siffle mal, et ne peut bien gonfler ses joues.

Le réflexe du voile est aboli, le réflexe pharyngien est conservé.

La déglutition des liquides est très défectueuse.

Au point de vue oculaire, l'examen pratiqué par le Dr Kalt révélait une myopie légère, expliquant peut-être l'impossibilité de la convergence (l'œil droit se met en divergence), une inégalité pupillaire ( $D < G$ ), des réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation faibles, pas d'altérations ophtalmoscopiques, des secousses nystagmiformes dirigées vers la droite.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs à gauche et exagérés à droite. Le réflexe plantaire est en flexion des deux côtés. Pas de trépidation épileptoïde

Le réflexe crémastérien est plus marqué à droite, les cutanés abdominaux semblent ne pas exister.

Pas de signes cérébelleux ni extrapyramidaux.

Pas de troubles de la sensibilité.

Incontinence croissante des urines et des matières.

Au point de vue général, prurit marqué, surtout sur l'abdomen et les pieds. Les bruits du cœur sont sourds et lointains. Le pouls est lent, variant de 52 à 56. La tension artérielle est élevée et a atteint jusqu'à 30-14.

*Evolution.* — Les mouvements stéréotypés deviennent de plus en plus fréquents, en même temps que l'activité psychique se réduit de plus en plus. Gâtisme. Cachexie. Exitus le 15 décembre 1932. L'autopsie n'a pu être faite.

En résumé, il s'agit d'un syndrome pseudo-bulbaire typique succédant à une longue phase d'hypertension artérielle et d'artério-sclérose cérébrale. Ce cas nous paraît instructif à deux points de vue.

En premier lieu, il existait une *dissociation albumino-cytologique très marquée* dans le liquide céphalo-rachidien : un des dosages a donné 2 gr. 30 d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien pour 3 lymphocytes par mm<sup>3</sup>, alors que l'urée sanguine était de 0 gr. 50. Cette dissociation albumino-cytologique, sur laquelle on a d'abord insisté surtout dans les tumeurs cérébrales et l'hypertension intra-cranienne, peut exister aussi dans les syndromes vasculaires cérébraux, et l'un de nous a pu observer trois cas analogues dont l'un vérifié anatomiquement, dans lesquels il existait un syndrome pseudo-bulbaire d'origine vasculaire, des troubles psychiques et une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. De tels cas doivent être différenciés d'une tumeur cérébrale, qu'ils peuvent parfois simuler d'assez près.

Un second point intéressant est celui que soulèvent les *mouvements involontaires rythmés*, qui ne répondent pas au type habituellement rencontré dans les syndromes pseudo-bulbaires.

Thurel, dans sa thèse, décrit d'une part des mouvements choréo-athétosiques, d'autre part des mouvements rythmiques et isochrones facio-palato-pharyngo-laryngés (1). Par contre, il semble que les mouvements sous forme de stéréotypies rythmées soient encore peu connus dans les syndromes pseudo-bulbaires.

L'un d'entre nous a rapporté, avec MM. Souques et Castéran, l'observation d'un pseudo-bulbaire, chez lequel coexistait un syndrome de Parinaud et un spasme bilatéral de la face et du cou (2). Nous avons considéré ce spasme comme une série de

(1) THUREL. — Les pseudo-bulbaires. Thèse de Paris, 1929, Doin édit.

(2) SOUQUES, CASTÉLAN et BARUK. — Syndrome de Parinaud et spasme bilatéral de la face et du cou chez un pseudo-bulbaire. *Société de Neurologie*, 2 juillet 1925.

mouvements automatiques du même ordre que le rire et le pleurer spasmodique, bien que chez ce malade ces deux phénomènes soient restés séparés.

Chez notre malade, les stéréotypies rythmées de la tête et du cou se produisaient parfois en même temps que le pleurer spasmodique, mais pas toujours. Elles survenaient par bouffées, parfois indépendamment de toute cause extérieure, et semblaient, au début du moins, être en partie, inhibées au cours de la marche. Par leur complexité, leur rythme, leur rapidité, ces mouvements se rattachent bien ainsi à la stéréotypie, et se différencient absolument des spasmes et des mouvements choréo-athétosiques.

La constatation de stéréotypies caractéristiques au cours d'un syndrome pseudo-bulbaire est donc intéressante, non seulement par la rareté d'un tel fait dans la littérature neurologique, mais encore par les données qui en résultent en ce qui concerne l'étiologie encore obscure des stéréotypies.

M. Henri CLAUDE. — Quel était l'état des noyaux gris centraux ? On a trouvé en effet des lésions du noyau caudé chez des sujets qui avaient présenté des itérations verbales ou motrices. La nature de la stéréotypie est en effet très variable.

M. LAGACHE. — Il n'y avait pas de signe neurologique de lésion des noyaux centraux. Et l'autopsie n'a pas pu être faite.

**Epilepsie à début brusque et à forme grave paraissant en rapport avec un processus encéphalitique, par MM. Henri CLAUDE, Marcel CARON et Paul SIVADON.**

Les rapports de l'épilepsie et des états infectieux, en particulier de l'encéphalite épidémique, ont été l'objet de nombreuses publications. C'est ce problème qui soulève à nouveau, avec une particulière netteté, l'observation que nous vous présentons :

B... Marcelle, 17 ans. Aucun antécédent héréditaire notable (si ce n'est la notion, chez la mère, d'une lésion pulmonaire ancienne et de deux avortements). Quatre frères et sœurs en bonne santé.

Elle-même a présenté une enfance absolument normale, plutôt précoce dans son premier développement. Intelligente, elle était de caractère enjoué. Pas de convulsions infantiles. Régliée à 13 ans.

Dès sa sortie de l'école primaire, à 12 ans, elle fut employée comme ouvrière dans diverses usines.

Le vendredi 7 septembre 1934, alors qu'elle travaillait dans une

biscuiterie à proximité des fours de cuisson, elle fut prise d'un malaise subit et on dut l'étendre pendant deux heures dans l'atelier. Elle ressentait une céphalée extrêmement violente.

Le soir, la température s'éleva à 40°3. (C'était la date présumée de ses règles. Ces dernières n'apparurent pas et l'aménorrhée persista jusqu'à ces jours derniers). Pendant 24 heures environ, elle se plaignit ainsi d'une céphalée intolérable. Elle dut, pendant trois jours, rester alitée, la température dépassant chaque soir 39°.

Le lundi suivant, cependant, elle tenta de se rendre à son travail, mais ayant eu un malaise en chemin, dut y renoncer.

Le lendemain mardi 11 septembre, au milieu de l'après-midi, elle eut brusquement une première crise convulsive présentant tous les caractères de la comitialité : chute brusque à terre, mouvements convulsifs débutant par le bras droit, puis s'étendant à tout le côté droit, morsure de la langue, émission d'urine, salivation. Durée : une minute environ.

A partir de ce moment, ces crises se répétèrent avec une fréquence très grande. Elle en avait en moyenne cinq à six par heure. Sa mère put en compter 33 en une nuit.

Entre ses crises, elle restait dans un état de confusion totale, poussant des cris, prenant des attitudes terrifiées.

Enfin, elle présentait de fréquents vomissements.

Pendant cinq jours, les crises se succédèrent ainsi avec un rythme progressivement décroissant, la température oscillant entre 38° et 39°.

A partir du 6<sup>e</sup> jour, elles cessèrent complètement et firent place à un état d'agitation confusionnelle intense. Pendant huit jours, à son domicile, on dut l'alimenter à la sonde rectale.

Peu à peu l'agitation s'atténua, la température redevint normale et la malade resta dans un état d'obnubilation subconfusionnelle, entrecoupé de courtes phases d'agitation diffuse.

C'est à ce moment, quinze jours environ après le début des troubles, qu'elle fut conduite au service de la Clinique.

A son entrée, on constate un état saburral marqué avec herpès labial. L'examen neurologique, à part une légère mydriase, est entièrement négatif.

La ponction lombaire montre une tension normale, 0,25 d'albumine, un élément cytologique. Les réactions humorales sont négatives, de même que dans le sang. Les urines contiennent quelques globules de pus et des colibacilles, qui d'ailleurs ne seront plus retrouvés dans des examens ultérieurs. L'inoculation au cobaye se montre négative.

L'examen du fond d'œil, répété à plusieurs reprises, ne révèle aucune anomalie. Pas de diplopie.

L'image radiographique du crâne est normale. Enfin, la ventriculographie, pratiquée suivant la technique de Laruelle, ne montre aucune autre anomalie qu'une déformation d'interprétation délicate au niveau d'une corne occipitale.

Pendant le mois qui suivit son entrée, la confusion régresse progressivement, l'état général s'améliore, et il ne persiste plus, vers le milieu du mois d'octobre, qu'un léger état d'obnubilation, lorsque le 21 octobre elle présente une nouvelle crise épileptique absolument typique (la première qui ait été observée dans le service).

Depuis lors, ces crises se sont répétées avec une fréquence moyenne de une à deux par semaine.

A partir de ce moment, elle manifeste quelques idées d'influence : on agit sur elle, on prend sa pensée. Sentiment d'étrangeté : elle ne sait pas où elle est, elle doit être dans une maison close. Cette conviction se fortifie au cours d'états oniroïdes prolongés et répétés qu'elle se rappelle avec assez de précision. Elle voit, encadrées au plafond, des images anatomiques que l'on fait se dérouler devant elle. On lui montre tout ce « qu'il y a dans le corps des hommes et des femmes ». Ces images ont fréquemment un caractère obscène. En même temps elle entend des voix qui disent « des choses très laides », on lui explique qu'elle est dans une maison close et qu'elle doit « faire la vie ». Elle ressent aussi des sensations génitales à caractère voluptueux.

A d'autres moments, elle assiste à des scènes lilliputiennes : des petits soldats défilent sur ses draps.

Quelquefois aussi, ses visions sont constituées par des images mobiles, variées, kaléidoscopiques, sans signification. Ce sont des papiers de toutes couleurs autour de son lit, des crapauds, une sorcière, etc...

Elle ressent en même temps des paresthésies curieuses : des petits ballons éclatent dans son côté gauche, des poils la frôlent au niveau des jambes et du creux épigastrique.

Par ailleurs, son caractère se transforme. A la fin du mois d'octobre, elle fait pour la première fois une violente crise de colère, sans motif. Fréquemment, depuis lors, elle doit être maintenue en raison de la violence de ses réactions coléreuses et de son impulsivité.

En novembre, au cours d'un de ces états crépusculaires où le sentiment d'étrangeté atteint à son maximum, elle a quelques velléités de suicide. A la même époque, elle tente d'étrangler sa compagne de chambre, une catatonique, dont le mutisme, explique-t-elle, l'irrite.

Enfin elle fait à plusieurs reprises des tentatives d'évasion présentant chaque fois les mêmes caractères d'instantanéité et d'impulsivité. Pour la dernière d'entre elles, elle fit preuve d'une agilité et d'une force peu communes, s'aidant du lit de sa cellule dressé contre le mur pour atteindre le vasistas ménagé au plafond, et réussissant, grâce à un rétablissement particulièrement périlleux, à gagner le toit du pavillon, sur lequel on ne put la rattraper qu'en faisant appel à des renforts extérieurs.

Ses règles, qui étaient absentes depuis le début des troubles, sont réapparues le 6 février dernier.

Diverses thérapeutiques ont été tentées. En dehors de l'action modératrice du gardénal sur la fréquence des crises convulsives, elles n'ont donné aucun résultat appréciable.

En résumé, il s'agit d'une jeune malade ayant présenté brusquement, pendant six jours, au cours d'un état infectieux aigu, une série de crises épileptiques subintrantes.

A cet épisode aigu, a succédé une phase confusionnelle ayant duré environ un mois.

A la suite de quoi s'est trouvé constitué un syndrome formé par :

1° des crises épileptiques survenant une ou deux fois par semaine ;

2° des troubles de l'humeur et du comportement contrastant d'après les renseignements recueillis, avec le caractère antérieur de la malade : impulsivité, violence, colère, bouderie, morosité ;

3° des troubles mentaux épisodiques apparaissant par bouffées sur un fond de sentiment d'étrangeté du monde extérieur. Il s'agit presque toujours de pseudo-hallucinations visuelles et auditives, à caractère oniroïde, accompagnées le plus souvent de sensation d'influence et de paresthésies, surtout génitales.

A quelle étiologie peut-on rapporter l'ensemble de ces troubles ?

Les divers examens cliniques, biologiques et radiologiques qui ont été pratiqués n'ont permis de déceler aucun élément positif de diagnostic. Par exclusion, l'hypothèse qui nous paraît la plus acceptable est celle d'une forme sporadique d'encéphalite épidémique.

Divers éléments plaident en effet en sa faveur :

D'une part, les caractères mêmes de l'épisode infectieux du début (céphalées, vomissements, hyperthermie) ainsi que l'apparition brusque de crises épileptiques au cours même de cet épisode correspondent à une symptomatologie fréquemment observée dans l'encéphalite épidémique (1). Divers auteurs ont signalé, comme dans notre cas, des crises localisées au début, puis généralisées.

D'autre part, les modifications de l'état mental dans le sens

(1) WIMMER. — Epilepsie dans l'encéphalite épidémique. *Rev. Neur.*, 1927, II, n° 3, p. 269-276. — *Acta neurologica et psychiatrica*, 1928, f° 4, p. 307-407. ROUBINOVITCH, SCHIFF et COURTOIS. — Epilepsie et encéphalite épidémique. *Encéphale*, 1928, n° 4, p. 327-331.

COURTOIS. — Le syndrome comitio-parkinsonien. *Thèse Paris*, 1928.

CLAUDE, LAMACHE et CUEL. — Encéphalite épidémique et crises épileptiques avec hyperthermie. *Encéphale*, 1928, n° 6, p. 522-526.

de l'irritabilité et de l'impulsivité, de même que les épisodes oniriques ou délirants post-encéphalitiques sont de notion actuellement classique.

Cette observation nous a paru mériter de vous être rapportée du fait que la brusquerie toute particulière de l'installation d'un syndrome épileptique grave au cours d'un épisode infectieux aigu, et aussi du fait du problème diagnostique qu'elle pose, car malgré les raisons qui plaident en faveur d'une étiologie encéphalitique, il ne peut s'agir, en l'absence de tout élément positif, que d'un diagnostic de probabilité.

On pourra, en effet, nous objecter que l'épilepsie, à elle seule, quelle que soit son origine, peut rendre compte des modifications de l'état mental que présente notre malade. L'absence d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, de modifications du fond de l'œil, de dissociation albumino-cytologique, semble nous autoriser, malgré certaines images radiologiques d'interprétation difficile, à éliminer la probabilité d'une tumeur cérébrale. Des analogies frappantes relient notre observation à plusieurs de celles qui ont été publiées et pour lesquelles l'étiologie encéphalitique a été démontrée. Aussi, malgré les réserves que nous avons formulées, nous pensons qu'il s'agit là d'une de ces formes sporadiques de l'encéphalite épidémique, dont l'existence paraît indiscutable.

M. Henri CLAUDE. — A ce propos, je signalerai le caractère érotique de l'état mental des encéphalitiques, même parkinsoniens, et la recrudescence apparente de l'encéphalite, à l'heure actuelle.

M. Paul ABÉLY. — Je viens effectivement d'observer un malade qui mourut en quelques jours d'un état infectieux, pris pour de la grippe, et qui présentait le syndrome complet de l'encéphalite, tant neurologique que psychologique. Il s'agissait d'un Italien qui, dix ans plus tôt, avait déjà eu une atteinte de cette infection dans son pays.

La séance est levée à midi 15.

Séance du Lundi 25 Février 1935

---

Présidence : M. Th. SIMON, président

---

En ouvrant la séance, M. Th. SIMON, *président*, souhaite la bienvenue à MM. ERN. DE CRAENE, de Bruxelles et REPOD, de Malévoz-Monthey, qui assistent à la séance.

### Décès du Professeur Sante de Sanctis

M. Th. SIMON, *président*, exprime l'émotion de la Société à la nouvelle de la mort du Professeur SANTE DE SANCTIS, Directeur de la Clinique neuropsychiatrique de l'Université de Rome, président de la Ligue Italienne d'Hygiène et de Prophylaxie mentale, membre associé étranger de la Société Médico-psychologique, dont il salue la mémoire.

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 10 janvier 1935 et le procès-verbal de la séance du lundi 28 janvier 1935 sont adoptés.

### Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES, de la Faculté de Droit de Paris, qui retenu par ses fonctions regrette de ne pouvoir assister à la présente séance ;

des lettres de M. le D<sup>r</sup> Th. ALAJOUANINE, de M. le D<sup>r</sup> O. CROUZON et de M. le D<sup>r</sup> J. PORC'HER qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> D. LAGACHE qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Professeur M. MINKOWSKI, de Zurich, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> J.-M. TUSQUES, qui remercie la Société de lui avoir attribué le *legs Christian* pour 1935 ;



une lettre de M. le D<sup>r</sup> Roger GOT, Médecin-Chef de l'Asile de Sarreguemines (Moselle), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. MARCHAND, GOURIOU et Paul ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 25 mars 1935 ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Jules-Oscar TRELLES, de Lima (Pérou), ancien interne des Asiles de la Seine, docteur en médecine de la Faculté de Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. Georges DUMAS, LHERMITTE et COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 25 mars 1935 ;

### Centenaire de Magnan

une lettre de M. le Professeur Ch. ACHARD, *Secrétaire général* de l'*Académie de Médecine*, annonçant qu'en réponse au désir qui lui en a été exprimé par la Société Médico-psychologique, l'Académie sera heureuse d'être représentée à la cérémonie du Centenaire de V. Magnan et fera connaître, le moment venu, le nom de celui de ses membres auquel sera confiée cette mission ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> LEROY, *Secrétaire général* de la *Société de Médecine mentale de Belgique*, faisant part de la désignation de M. le D<sup>r</sup> J. DUCHATEAU, Inspecteur général honoraire des Asiles de Belgique et de M. le D<sup>r</sup> Louis MASSAUT, Directeur de la Colonie de Lierneux, tous deux anciens élèves de Magnan, pour représenter la Société aux cérémonies de la célébration du Centenaire de Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> GEOFFREY R. EDWARDS, *Secrétaire général* de la *Royal Society of Medicine* de Londres, qui remercie la Société de son invitation au Centenaire de Magnan et annonce qu'une décision sera prise à la réunion du Conseil de cette Société qui aura lieu le 19 mars.

### Date de la Séance d'avril

Le quatrième lundi d'avril étant le lundi de Pâques, la Société décide de ne tenir au mois d'avril qu'une seule séance qui aura lieu le jeudi matin 11 avril 1935 à 9 h. 30, à l'Hôpital Henri-Rousselle.

### Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. P. CARRETTE, au nom d'une Commission composée de Mme THUILLIER-LANDRY et de MM. René CHARPENTIER et P. CARRETTE, sur les titres de M. le D<sup>r</sup> Hans-Theodor STECK, de Céry-sur-Lausanne, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	27
Majorité absolue .....	14

A obtenu :

M. le D<sup>r</sup> H. STECK ..... 27 voix

M. le D<sup>r</sup> Hans-Theodor STECK, de Céry-sur-Lausanne, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

### Election à une place de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. COLLET, COMBEMALE, DESRUELLES, J. HAMEL et LAGRIFFE, sur les titres des candidats, il est procédé au vote :

Nombre de votants .....	32
Majorité absolue .....	17

A obtenu :

M. le D<sup>r</sup> E. BAUER ..... 32 voix

M. le D<sup>r</sup> E. BAUER, Médecin-Chef à l'Asile de Naugeat, à Limoges, est élu *membre titulaire* de la Société Médico-psychologique.

## COMMUNICATIONS

**Les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du Code pénal (Rapport de la Commission et suite de la discussion).**

M. G. HEUYER, *rapporteur*. — Messieurs, la Commission désignée par la Société Médico-Psychologique dans la séance du 18 décembre dernier, pour étudier les art. 72, 73 et 74, prévus dans le nouveau projet du Code Pénal et relatifs aux mesures de sûreté, afin d'y apporter quelques modifications, s'est réunie le 19 février à l'Asile Sainte-Anne.

*Présents* : MM. X. Abély, Capgras, Gouriou, Guiraud, Heuyer, Lévy-Valensi et Rayneau, et M. le Professeur Donnedieu de Vabres.

*Absents et excusés* : MM. Beaudouin et Lauzier.

Après discussion, la Commission propose les textes suivants :

ART. 72. — Tout auteur d'un crime ou d'un délit, reconnu aliéné, sera, s'il y a lieu, et par décision de l'autorité judiciaire, *placé dans un asile spécial de sûreté*, ou dans la section spéciale de sûreté d'un asile public d'aliénés.

Les conditions dans lesquelles sera prononcé cet internement

et qui fixeront sa durée seront déterminées par le Code d'Instruction criminelle.

ART. 73. — Toute personne, alcoolique, toxicomane ou atteinte d'infirmité mentale, qui aura commis un crime ou un délit sera colloquée dans une *annexe psychiatrique de prison*. La durée de cette collocation ne pourra être inférieure à la durée minimum de la peine encourue par le délinquant.

A la fin de la peine, la collocation pourra être prolongée de cinq ans ; toutefois, cette durée pourra être réduite dans des conditions qui seront déterminées par le Code d'Instruction criminelle.

Si, au cours de la détention, l'individu est reconnu comme ne constituant plus un danger sérieux pour la paix publique, du fait de son infirmité mentale, il pourra terminer sa peine dans un établissement pénitentiaire ordinaire.

La Commission propose, en outre, l'adoption de l'article suivant qui devrait être annexé aux précédents :

ART. SUPPLÉMENTAIRE : Des Commissions médico-judiciaires seront instituées pour proposer à l'autorité judiciaire les diverses modalités d'application des mesures de sûreté visées aux articles précédents.

MESSIEURS,

Votre Commission a étudié les articles 72 et 73 prévus dans le nouveau projet du Code pénal et relatifs aux mesures de sûreté. Après une longue discussion, elle s'est arrêtée au texte précédent, sur lequel nous demandons votre vote.

Ce texte ne réalise pas, sans doute, les désirs de tous les médecins aliénistes, même pas de ceux qui ont fait partie de la Commission. Toutefois, nous vous ferons remarquer que nous avons surtout voulu introduire, dans les nouveaux articles du Code Pénal, qui prévoient les mesures de sûreté, les termes « d'annexe psychiatrique de prison » et de « Commission médico-judiciaire ».

Sans doute, il eût été désirable et possible de préciser la nature de chacun des Etablissements qui peuvent être prévus comme asiles de sûreté : annexes psychiatriques de prisons, établissements médico-pénitentiaires de défense sociale, asiles de buveurs, etc. De même, il eût été possible de préciser la constitution des Commissions médico-judiciaires, leur mode de fonctionnement et les diverses modalités de leurs interventions, dans les applications des mesures de sûreté.

Votre Commission a décidé de ne pas aborder ces questions ou, du moins, de ne pas leur donner une solution précise. Elle a pensé que ce serait de mauvaise politique de donner aux adversaires de l'intervention des médecins-aliénistes dans l'examen et la sélection systématique des délinquants et des criminels, des arguments qui permettraient d'écarter des textes trop précis.

Nous avons borné notre effort à faire accepter aux magistrats qui ont la charge de mettre sur pied le projet de réforme du Code Pénal, le principe de la création de formations psychiatriques annexées aux prisons, et de Commissions médico-judiciaires, qui interviendront dans les applications des mesures de sûreté.

En outre, votre Commission, dans la rédaction des art. 72 et 73, a tenu à séparer nettement deux types de délinquants qui relèvent pourtant, les uns et les autres, du diagnostic et du traitement psychiatriques :

D'une part, les délinquants reconnus aliénés, qui seront placés dans les asiles spéciaux de sûreté, ou dans les sections spéciales de sûreté des asiles publics d'aliénés, sous le couvert de la loi de 1838.

D'autre part, les déséquilibrés, alcooliques, toxicomanes, pervers, tous ceux qui sont réunis sous la rubrique générale d'infirmités mentales, tous les demi-responsables « qui ne sont pas reconnus aliénés », qui resteront soumis à l'autorité pénitentiaire sous le régime de la prison, mais dans la section spéciale de l'annexe psychiatrique de la prison.

Quant aux Commissions judiciaires, nous avons évité de leur donner un rôle de décision dans la désignation des délinquants et des criminels, qui pourraient ressortir à tel ou tel Etablissement médical de sûreté. Nous leur avons donné seulement le rôle consultatif de proposer à l'autorité judiciaire telle ou telle modalité d'application des mesures de sûreté.

Il se trouvera sans doute parmi vous des psychiatres qui estimeront que la rédaction des articles que nous proposons à votre vote, manque d'audace. Il est certain que, même si ces articles étaient acceptés par la Commission de Réforme du Code Pénal, si leur conception était réalisée dans la pratique, nous serions encore loin d'avoir obtenu, en France, les institutions de défense sociale qui existent en Belgique et que beaucoup d'entre nous voudraient voir créées dans notre pays.

Il y avait, dans votre Commission, quelques révolutionnaires qui n'auraient point reculé devant des conceptions, dont l'audace répond à la vérité psychiatrique. Mais nous avons été unanimes à tenir compte de la susceptibilité des magistrats et, plutôt que

d'aboutir à des formules qui auraient été immédiatement rejetées, nous avons préféré nous en tenir à des textes simples et modestes, qui auront au moins l'avantage d'introduire, dans la réforme du Code Pénal, ces deux notions essentielles : les annexes psychiatriques des prisons et les Commissions médico-judiciaires.

Votre Commission a pensé que, si ces deux réformes étaient obtenues, elles seraient suivies logiquement d'autres modifications désirables, dans les diverses formes d'établissements de sûreté et dans les modalités de désignation des délinquants et des criminels, qui devront y être placés.

M<sup>e</sup> Clément CHARPENTIER. — Cette rédaction me paraît exprimer l'essentiel et sous la forme correcte qui convient. Mais, à propos de l'article 72, je ferai remarquer que c'est le code pénal et non le code d'instruction criminelle qui fixe les peines et aussi leur durée. Et j'ajoute qu'il existe en outre un projet de code d'application des peines dont la rédaction n'est pas encore publiée. On pourrait peut-être remplacer les mots « qui fixeront sa durée » par les mots « qui fixeront les modalités de la sortie ». Je me demande aussi s'il y a intérêt à conserver les mots « s'il y a lieu » dans la première phrase de l'article 72. Enfin, à l'article 73, le 3<sup>e</sup> paragraphe me paraît devoir être mis avant le 2<sup>e</sup>.

M. René CHARPENTIER. — Le texte étudié et proposé par la Commission paraît excellent et semble devoir être accepté avec quelques retouches.

L'article 72 vise en somme les mêmes malades que l'article 122 que nous avons longuement discuté ici le 23 octobre 1933. Cet article 122, de l'avant-projet, est devenu l'article 123 du projet actuel (voir *Ann. Méd.-psych.*, novembre 1934, page 629, note 1), et l'on peut regretter ici qu'il n'ait pas été tenu compte de la proposition de rédaction de cet article<sup>123</sup> faite par la Société Médico-psychologique. Il me paraît, d'autre part, nécessaire, pour la rédaction de l'article 72, de tenir compte de la très juste objection que vient de faire M<sup>e</sup> Clément Charpentier.

À l'article 73, je demande pourquoi la Commission a employé le mot « collocation » emprunté à la Loi belge ? J'entends bien qu'elle a voulu marquer ici la différence qui existe dans son esprit entre l'internement des malades dont il est question à l'article 72 et la mesure appliquée aux alcooliques, toxicomanes et infirmes mentaux visés à l'article 73. Mais son but ne saurait être atteint ainsi, car le mot « collocation » en Belgique est synonyme de notre expression « internement ». Il paraît illogique d'em-

prunter un mot à nos voisins pour le détourner de son sens. Je demande donc à la Commission d'abandonner cette expression « collocation » et de la remplacer, par exemple, par le mot « placement », afin de conserver la distinction que la Commission désire faire entre l'internement des malades dont s'occupe l'article 72 et la mesure appliquée aux sujets visés à l'article 73.

J'espère, d'ailleurs, que le D<sup>r</sup> Ern. de Craene, qui nous fait l'honneur d'assister à cette séance, voudra bien nous préciser ce point en même temps qu'il voudra bien nous donner quelques indications sur le fonctionnement en Belgique de la Loi de Défense sociale.

M. ERN. DE CRAENE. — Puisque M. René Charpentier m'y invite, voici quelques indications sur l'organisation de l'internement des malades mentaux délinquants en Belgique où, en effet, le mot « collocation » est synonyme d'internement.

Je regrette que mon ami le D<sup>r</sup> Louis Vervaeck, beaucoup plus qualifié que moi pour le faire, ne soit pas là pour vous exposer le mécanisme de la loi belge de défense sociale. En son absence, je suis à votre disposition pour vous donner les renseignements que l'on veut bien me demander. La loi de défense sociale n'a que quatre ans d'existence, tandis que l'institution des annexes psychiatriques de prison, dont le mérite de la création revient à M. le D<sup>r</sup> Louis Vervaeck, est bien plus ancienne. Pendant ces quatre années, le pourcentage des inculpés n'a pas varié.

Cette loi, que fit voter M. le Ministre Vandervelde, s'applique aux sujets qui se trouvent en état grave de démence, de débilité mentale, de déséquilibre, soit au moment de l'infraction, soit au moment de l'inculpation.

Les médecins auraient désiré, pour la Commission médico-judiciaire, le droit de prononcer des sentences indéterminées. Mais les juristes s'y sont opposés. On est tombé d'accord pour fixer des durées de 5, 10 et 15 ans d'internement.

La Commission est composée d'un magistrat, d'un membre du barreau et d'un médecin anthropologue. Elle décide de l'opportunité ou non de l'internement, du lieu où il se fera, de la durée du placement dans tel ou tel établissement. Ces établissements sont : Tournai et Mons pour les déments, les ateliers de Gand pour les débiles mentaux, Merzplatz pour les déséquilibrés.

La Commission peut prononcer des mises en liberté surveillée, quand elle le juge à propos. Un condamné à 5 ans d'internement peut être mis, au bout de 2 ans, en liberté surveillée, c'est-à-dire avec quelques conditions restrictives de l'usage de cette

liberté. C'est ainsi qu'un alcoolique n'aura plus le droit de paraître dans un débit d'alcool pendant 3 ans. Parmi les sujets mis en liberté surveillée, un seul sur 10 dut être à nouveau colloqué, au cours de ces quatre années.

La cour de cassation a estimé que, si un de ces délinquants n'est plus dangereux au moment où il est examiné par la Commission, il n'y a pas lieu de l'interner à cause de l'infraction accomplie.

Il ne faut pas confondre les établissements médicopénitenciers que j'ai cités plus haut et où sont colloqués les délinquants passibles de la loi de défense sociale, avec les annexes psychiatriques de prison. Celles-ci ont été aménagées à peu de frais dans les prisons. On y observe les délinquants à expertiser, et les détenus ordinaires dont certaines réactions font craindre une psychose commençante, comme le refus de s'alimenter.

En somme, le juge décide s'il y a lieu ou non d'appliquer la loi de défense sociale. Mais c'est la Commission qui décide des mesures d'application.

L'inculpé est doté de garanties sérieuses. Il a le droit d'être assisté par un avocat et par un psychiatre de son choix. Il a le droit également, tous les 6 mois, de faire appel de la décision en se faisant assister d'un avocat et d'un psychiatre.

La loi de défense sociale ne joue qu'après la sanction pénale.

M. GOURIOU. — J'aurais voulu opposer le mot « détenu », qui exprime une idée répressive pour les déséquilibrés dangereux et dont le crime soulève l'horreur publique, au mot « interné » pour les malades évidemment atteints de troubles mentaux incontestables.

Dans l'article 72, l'expression « s'il y a lieu » a son importance, car elle permet précisément d'envisager des mesures différentes : a) pour les simples aliénés (déments, gros débiles, confus) qui sont des délinquants sans perversité et peuvent être placés dans des asiles ordinaires ; b) pour les aliénés pervers, essentiellement dangereux (amoraux, pervers), qui sont à détenir dans des locaux spéciaux, soumis à la surveillance de l'autorité pénitentiaire. Ceux-ci seront des internés judiciaires au même titre que les anormaux visés à l'article 73. Et par conséquent, les conditions et la durée de leur internement ne pourront pas être réglées par la seule loi de 1838.

M. PICARD. — Pour plus de clarté, j'estime qu'à des délinquants de catégories différentes devraient correspondre des régimes dont

l'appellation soit différente. J'approuve la Commission d'opposer « internement » et « détention ».

M. GUIRAUD. — Il ne faut pas perdre de vue que notre mission n'est pas de discuter sur l'application de mesures encore hypothétiques en grande partie, mais uniquement sur des principes. Il y a donc lieu de rester dans des généralités. On pourrait peut-être employer le terme de « retenu » au lieu de « détenu ».

A l'article 73, après « à la fin de la peine », ne conviendrait-il pas d'ajouter les mots : « si l'état dangereux persiste » ? D'autre part, si la peine peut être réduite, elle devrait aussi pouvoir être renouvelée.

M. Xavier ABÉLY. — Le terme d'« annexe psychiatrique des prisons » ne me paraît pas convenir ici. Cette expression s'applique à un organisme tout différent, tant au point de vue de son installation que de sa destination. L'annexe doit être une sorte d'infirmerie psychiatrique comprenant seulement un dortoir, quelques chambres d'isolement et un cabinet médical. Son but est de faciliter, pour une durée limitée, l'observation des délinquants et l'expertise médico-légale, avant que soit prise la mesure de sûreté. M. Vullien en a précisé les indications dans son rapport au Congrès des aliénistes de 1929.

L'établissement destiné aux infirmes mentaux répond à une toute autre conception. Son but est la détention, sous le contrôle médical, de ces invalides psychiques. C'est là que sera exécutée la mesure de sûreté décidée après l'expertise mentale. La durée du séjour y sera parfois de longue durée ; le nombre des détenus sera assez élevé ; des ateliers doivent être prévus. L'importance de cet établissement et son organisation seront donc différentes de celles de l'annexe psychiatrique. Il en est ainsi en Belgique où ces deux organismes coexistent. Lorsque l'inculpé, après la période d'observation pratiquée à l'annexe psychiatrique, est déclaré justiciable de la loi de défense sociale, il est enlevé de l'annexe et transféré dans un des établissements prévus par cette loi.

Je propose donc, pour qu'il n'y ait pas de confusion, que les établissements destinés aux infirmes mentaux soient appelés « établissements médico-pénitentiaires ». On objecte que la création de ces maisons de sûreté entraînerait des dépenses considérables. Ici encore, l'exemple de la législation belge nous est d'un précieux secours, en nous montrant qu'on peut parfaitement utiliser, en les aménageant, des établissements déjà existants.



M. HEUYER. — La Commission a été volontairement très modérée dans la formule qu'elle présente. Elle serait très heureuse de voir adopter des mesures semblables à celles de la Belgique. L'important est de voir la législation française s'engager dans la même voie. Les mots « colloquer » et « détenus » avaient pour but de souligner la différence des réactions suscitées dans l'opinion publique entre les délinquants évidemment dépourvus de raison et les pervers.

M<sup>e</sup> Clément CHARPENTIER. — Evidemment, on peut trouver le texte de la Commission imparfait et prévoir des litiges causés par le fait que certains genres de troubles mentaux sont désignés, et d'autres ne le sont pas au paragraphe 73. Mais il faut tenir compte aussi des demandes adressées à la Société médico-psychologique. Et, dans ces demandes, sont énumérés les déséquilibres mentaux que la Commission a bien fait de maintenir.

M. BRISSOT. — Je propose à la Société de ne pas statuer dès aujourd'hui sur le texte proposé par la Commission et de remettre la suite de la discussion à la prochaine séance.

A l'article 73, en particulier, je ne vois que des inconvénients à maintenir les termes « toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'infirmité mentale ». Mieux vaudrait n'employer qu'un terme général pour ne pas être gêné dans l'application de loi.

M. René CHARPENTIER. — Nous sommes assurément tous de l'avis de M. Brissot que l'association, dans un même article, des mots « alcoolique, toxicomane ou atteinte d'infirmité mentale grave », présente une assimilation peu heureuse. J'ai moi-même insisté sur ce fait lors de la discussion qui eut lieu à la Société générale des Prisons. La rédaction de cet article a d'ailleurs été un peu améliorée car il visait, dans l'avant-projet, les personnes atteintes de « maladie mentale grave » au lieu d' « infirmité mentale grave ». Il semblait ainsi faire, en partie, double emploi avec l'article 72.

Cependant, je me permets de faire remarquer à M. Brissot qu'il ne s'agit pas pour nous de proposer un texte de loi, mais d'étudier les modifications susceptibles d'être apportées à un texte proposé. Je suis tout à fait de l'avis de la Commission que, pour tenter d'obtenir quelque chose, nous devons rester aussi près que possible des catégories établies dans le projet de loi. La rédaction de la Commission, conçue en termes modérés, s'applique à obtenir, par la création des annexes psychiatriques et l'institution de Commissions médico-judiciaires, les deux mesures qui nous

paraissent à tous comme les plus nécessaires et les plus urgentes. C'est là une étape souhaitable et qui paraît pouvoir être atteinte. Il paraît sage de ne pas demander — quel qu'en soit notre désir — ce que nous savons ne pas pouvoir obtenir actuellement.

J'ajouterai que cette discussion, commencée devant la Société le 23 octobre 1933, continuée le 22 janvier 1934, le 26 novembre 1934 et le 18 décembre 1934, ayant été l'objet, le 19 février 1935, d'une délibération de la Commission, revient aujourd'hui devant la Société pour conclusion avec un texte précis concernant les articles 72 et 73. Il me paraît qu'il y aurait intérêt à conclure en votant sur le texte proposé par la Commission pour ces deux articles, et à remettre à la prochaine séance la discussion d'autres points du projet de loi qui doivent être discutés par MM. X. Abély et Desruelles.

En ce qui concerne l'article 73, je m'associe à la proposition de M. Guiraud de remplacer le terme « colloqué » par le mot « retenue ». Cela entraînera, dans les lignes qui suivent, le remplacement du mot « détention » par le mot « placement ».

M. Paul ABÉLY. — Je préfère, pour ma part, le mot « placement » au mot « détention ».

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — Un certain nombre de propositions ont été faites sur lesquelles il convient de demander l'avis de la Société :

1° La discussion doit-elle être remise à la prochaine séance ?

2° A l'article 72, la Société est-elle d'avis de remplacer les mots « qui fixeront sa durée » par les mots « qui fixeront les modalités de la sortie » ?

3° A l'article 73, la Société est-elle d'avis de remplacer le mot « colloqué » par le mot « retenue » et le mot « détention » qui suit par le mot « placement » ?

4° A l'article 73, la Société est-elle d'avis de mettre le 3° paragraphe avant le 2° paragraphe ?

5° Au 3° paragraphe de l'article 73 (2° paragraphe du texte proposé), est-elle d'avis d'ajouter les mots : « A la fin de la peine, si l'état dangereux persiste... » et « pourra être réduite ou renouvelée... » ?

M. Th. SIMON, *président*. — Messieurs, je vais mettre aux voix ces différentes propositions.

A l'unanimité moins une voix, la Société décide de procéder immédiatement au vote sur les propositions de la Commission.

A la majorité des membres présents, elle adopte de remplacer le mot « colloquée » par le mot « retenue » et le mot « détention » par le mot « placement ».

A l'unanimité des membres présents, elle décide d'intervertir l'ordre du 2<sup>e</sup> et du 3<sup>e</sup> paragraphes de l'article 73, et d'ajouter aux endroits indiqués de cet article les mots « si l'état dangereux persiste » et les mots « ou renouvelée ».

M. G. HEUYER, rapporteur, donne alors lecture du texte suivant, proposé par la Commission et adopté, avec quelques modifications, par la Société.

ART. 72. — *Tout auteur d'un crime ou d'un délit, reconnu aliéné, sera, s'il y a lieu, et par décision de l'autorité judiciaire, placé dans un asile spécial de sûreté, ou dans la section spéciale de sûreté d'un asile public d'aliénés.*

*Les conditions dans lesquelles sera prononcé cet internement et qui fixeront les modalités de la sortie, seront déterminées par le Code d'Instruction criminelle.*

ART. 73. — *Toute personne, alcoolique, toxicomane ou atteinte d'infirmité mentale, qui aura commis un crime ou un délit, sera retenue dans une annexe psychiatrique de prison. La durée de ce placement ne pourra être inférieure à la durée minimum de la peine encourue par le délinquant.*

*Si, au cours du séjour à l'annexe psychiatrique, l'individu est reconnu comme ne constituant plus un danger sérieux pour la paix publique, du fait de son infirmité mentale, il pourra terminer sa peine dans un établissement pénitentiaire ordinaire.*

*A la fin de la peine, si l'état dangereux persiste, le placement pourra être prolongé de cinq ans ; toutefois, cette durée pourra être réduite ou renouvelée dans des conditions qui seront déterminées par le Code d'Instruction criminelle.*

ARTICLE SUPPLÉMENTAIRE. — *Des Commissions médico-judiciaires seront instituées pour proposer à l'autorité judiciaire les diverses modalités d'application des mesures de sûreté visées aux articles précédents.*

Ce texte sera transmis à M. le Secrétaire général de la Société générale des Prisons et de Législation criminelle.

Il est décidé de renvoyer à la séance du lundi 25 mars 1935 la discussion concernant d'autres articles du Projet de Loi.

A propos du projet de Loi portant refonte du Code pénal,  
par M. M. DESRUELLES.

Après les critiques justifiées que nos collègues X. Abély, René Charpentier et Lauzier ont faites à ce projet, après les éloges mérités que MM. Picard et Ey ont accordés à une modification importante de doctrine qui prévoit, pour la première fois en France, l'individualisation de la peine, et des mesures de sûreté, c'est-à-dire de protection et de défense sociales, après l'exposé de M. Heuyer et la discussion qui a suivi, il nous a paru utile d'exposer devant la Société quelques critiques de détail, renforçant, sans réserves, celles qui ont déjà été faites par les auteurs que nous venons de citer.

L'art. 79 prévoit que « *les aliénés criminels, alcooliques, toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave, qui auraient été placées, par décision de justice, dans une maison de santé, etc., seront périodiquement visités par des médecins désignés par le juge, auxquels ils feront leur rapport.* » Ne devrait-on pas donner au juge une indication sur les médecins qu'il doit désigner, et prévoir, que le médecin traitant, le seul qui puisse connaître à fond « l'infirmes mental grave », soit toujours appelé à donner son avis ? Dans les enquêtes aux fins d'interdiction, nous voyons souvent, en province, l'embarras des magistrats, qui seraient si heureux que le médecin puisse donner — *légalement* — un avis qu'ils sollicitent souvent officieusement. Ne faut-il pas craindre que parfois le magistrat ne désigne un incompetent ?

La solution qui me paraît logique est qu'avant cette désignation, le médecin du service où est placé l'aliéné criminel soit, *légalement*, appelé à donner toujours son avis.

L'art. 96 prévoit, pour une mesure de sûreté demeurée *inexécutée pendant cinq ans...*, la prescription. Cinq ans, le maximum d'années après lesquelles tout individu, en vertu de l'art. 73, serait *légalement* guéri ! — Ainsi, une mesure de sûreté prononcée par décision de justice peut rester *inexécutée...* pendant cinq ans..., et après l'aliéné, resté en liberté, n'a qu'à recommencer.

L'art. 100 prévoit que « *si au cours de l'exécution d'une mesure de sûreté privative de liberté..., le condamné encourt pour un autre crime ou délit une peine privative de liberté, l'exécution de la mesure de sûreté est suspendue, et la nouvelle peine d'abord subie.* » Imaginons un exemple concret : comme l'ont déjà remarqué MM. X. Abély, René Charpentier, Lauzier, l'art. 73 prévoit que cette personne « *atteinte d'une infirmité mentale grave, doit*

faire d'abord sa peine, puis reçoit ensuite les soins que nécessitent son état. Puis, si cette même personne, enfin traitée dans un asile, y commet un crime (éventualité possible), les « soins » devront cesser, elle retournera en prison pour y subir une nouvelle peine !!! — Tout commentaire est oiseux.

Nous regrettons que pour la rédaction de l'art. 123, « est exempt de peine le prévenu qui était en état de démence au temps de l'action », il n'ait pas été adopté au lieu du mot démence — qui pour les psychiatres a, généralement, un sens précis — les termes « état mental pathologique », si heureusement proposés par M. René Charpentier, et adoptés par la Société.

L'art. 125 est équivoque : « Est exempt de peine celui qui a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Quelle force ? Morale ou physique ? Intérieure ou extérieure ? M. Marcel Coulon, l'éminent procureur de la République, a affirmé qu'il ne peut s'agir que d'une force extérieure, menace de mort par exemple. Malgré l'autorité de M. M. Coulon en la matière, ce n'est là qu'une interprétation personnelle — que nous partageons d'ailleurs. Cependant, la rédaction de cet article continue l'équivoque. La défense d'un « passionnel » continuera à plaider devant le jury « la force irrésistible » malgré les conclusions d'un expert qui aura affirmé la pleine responsabilité. Un amour trop exclusif, une jalousie excessive à réactions meurtrières, un désir morbide constitutionnel ou acquis (attentats aux mœurs, outrage public à la pudeur, etc.), seront encore « des forces auxquelles on n'a pu résister ».

Telles sont les critiques de détail que j'ai voulu signaler aux membres de la Société et aux éminents juristes qui nous ont fait l'honneur d'assister et de participer à ces débats.

La discussion des questions soulevées dans cette communication par M. Desruelles est remise à la séance du lundi 25 mars 1935.

**La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal (réaction tardive) rencontrée dans certains cas de psychose hallucinatoire chronique, par MM. Paul ABÉLY, J. ROYER et Charles DURAND.**

*Les psychoses hallucinatoires chroniques* sont parmi les syndromes mentaux ceux qui ont, dans ces derniers temps, retenu l'attention des cliniciens dans le sens de la recherche d'une base organique. Le syndrome d'automatisme mental de de Clérambault illustre ces tendances d'un éclat particulier.

Nous essayons aujourd'hui d'apporter une contribution d'ailleurs très modeste à l'étude du substratum biologique de cette psychose.

Nous nous sommes attachés, chez de tels malades, à l'examen du liquide céphalo-rachidien et en particulier à celui des indications que peut fournir la réaction du benjoin colloïdal. Nous avons pu recueillir ainsi certains résultats qui nous ont paru curieux par leur fréquence, leur forme et leur date d'apparition. Notre présentation d'aujourd'hui n'est que l'exposé préliminaire et résumé d'un travail plus important, qui doit faire l'objet de la thèse inaugurale de l'un de nous. Nous n'avons pas l'intention de vous exposer la technique de la réaction du benjoin colloïdal, les interprétations diverses des indications qu'elle donne. Nous signalerons simplement qu'elle peut apporter des données utiles aussi bien dans les affections syphilitiques du névraxe que dans d'autres affections nerveuses non tréponémiques.

Nous insisterons tout particulièrement sur les résultats fournis par la réaction du benjoin colloïdal dans les affections méningées, le type spécial que revêt la formule dans ces cas étant justement celui que nous avons observé avec une grande fréquence dans les psychoses hallucinatoires chroniques.

Tout d'abord, signalons que la réaction est inutilisable avec les liquides céphalo-rachidiens troubles ou louches des méningites purulentes. Avec le liquide céphalo-rachidien des méningites à liquide clair, et spécialement de la méningite tuberculeuse, on observe habituellement une précipitation particulière qui apparaît dans certains tubes de la zone médiane et de la zone droite, à partir des tubes 6, 7 ou 8 et qui s'étend plus ou moins à 5, 6, et même jusqu'à 9 tubes. La formule est donc du type 00000-22222-21000-0, par exemple. Un phénomène analogue à cette précipitation particulière dans les méningites à liquide céphalo-rachidien clair a été décrit dans la réaction de Lange à l'or colloïdal.

Guillain-Laroche et Léchelle ont observé aussi parfois dans les méningites tuberculeuses deux phases de précipitation séparées par un intervalle où la suspension reste normale. Parfois aussi, ils ont observé une précipitation dans les tubes de la zone syphilitique, avec une précipitation simultanée dans les tubes de l'extrémité droite.

Les tubes des zones médiane et droite où se produit généralement la précipitation dans les méningites tuberculeuses constituent la *zone méningitique* de la réaction du benjoin colloïdal. Des réactions revêtant ce type méningitique ont été décrites au cours

de diverses affections méningées à liquide clair, qui ne sont pas d'origine tuberculeuse, par exemple dans les réactions méningées des maladies infectieuses, dans le zona, chez certains épileptiques non syphilitiques.

Dans les tumeurs cérébrales, Guillain, Laroche et Léchelle ont signalé, sur 28 cas de diagnostic clinique certain, 17 réactions de type méningitique, 5 réactions de type normal et 6 réactions particulières avec précipitation aux extrémités, séparées par un espace intercalaire. La réaction du benjoin colloïdal affecte donc le plus souvent le type méningitique dans les tumeurs cérébrales.

Chez les sujets atteints de paralysie diphtérique, Guillain et Laroche ont constaté également un élargissement de la zone normale de précipitation, c'est-à-dire une formule de type méningitique, mais jamais de précipitation dans la zone syphilitique.

La précipitation de type méningitique semble donc exister chez de nombreux malades présentant un syndrome réactionnel du névraxe et, sans avoir la spécificité et l'importance de la précipitation dans la zone syphilitique, elle est susceptible de fournir d'utiles indications.

La réaction du benjoin colloïdal a été peu étudiée dans les diverses maladies mentales non syphilitiques. Dide, cependant, signale en 1922 que dans presque tous les cas de confusion mentale toxi-infectieux (post-épileptique, puerpérale, infectieuse), il a trouvé un benjoin colloïdal donnant une précipitation dans les tubes de 6 à 12, les 5 premiers étant respectés. C'est donc une réaction de type méningitique qu'il a observée dans ces cas. Elle s'atténue, ajoute-t-il, au bout de quelque temps, et disparaît, avant même les troubles mentaux.

C'est surtout A. Courtois qui s'est attaché à dépister cette réaction du type méningitique du liquide céphalo-rachidien dans divers syndromes mentaux (1929, 1930, 1933). Il l'a retrouvée dans certains cas de dépression mélancolique, de confusion mentale, d'alcoolismes subaigus, de démence précoce à étiologie infectieuse, d'épilepsies symptomatiques.

La réaction s'accompagnait presque toujours d'hyperalbuminose, et l'auteur ajoute qu'en moins d'un mois les altérations appréciables du liquide céphalo-rachidien avaient disparu ; plus loin encore, il insiste sur son apparition précoce au début des troubles mentaux et sur sa régression rapide, il écrit : « Si comme nous le pensons, ces modifications du liquide céphalo-rachidien sont les manifestations, le témoin d'une atteinte méningo-encé-

phalitique, c'est au début de l'affection qu'elles doivent être les plus intenses. Plus tard, le processus reste sans doute exclusivement encéphalitique. »

Dans les *psychoses hallucinatoires chroniques*, Courtois a rencontré exceptionnellement cette précipitation dans la zone ménagée. Néanmoins, il dit : « Si dans la *psychose hallucinoïde chronique*, les modifications du liquide sont si peu fréquentes — pourtant nous en avons rencontré quelques cas — c'est surtout parce que l'affection ne provoque pas de réactions violentes qui rendent immédiatement impossible le séjour du malade dans le milieu familial. »

Disons tout de suite que nos résultats sont dans ce syndrome totalement opposés à ceux de M. Courtois.

Comme lui, nous avons retrouvé cette réaction chez quelques épileptiques, chez des aliénés post-encéphalitiques, assez fréquemment dans la psychose de Korsakoff, dans divers syndromes organiques, dans des états subaigus au cours de l'alcoolisme chronique, — jamais dans la démence précoce ou la psychose maniaque dépressive.

Dans les cas positifs, cependant, la proportion obtenue était loin d'égaliser celle que nous avons rencontrée dans la *psychose hallucinoïde chronique*, où la réaction se retrouvait dans plus d'un tiers des cas (23 sur 60).

Mais cette divergence dans les résultats s'explique, et cette explication représente pour nous l'intérêt principal de cette publication.

La précipitation du benjoin colloïdal dans la zone ménagée apparaît en effet habituellement tardivement. Nous avons souvent le tort, dans nos services, de nous contenter d'une ponction lombaire à l'entrée, seuls les *paralytiques généraux* traités subissent les contrôles successifs du liquide céphalo-rachidien. Mais pour tous les autres malades, la satisfaction d'avoir formulé un diagnostic clinique précis, le fait de remarquer à l'entrée les réactions humérales négatives, nous tranquillisent pour l'avenir. Or, c'est presque toujours à la faveur de ponctions lombaires faites plusieurs années après le début de la maladie que nous avons rencontré dans la *psychose hallucinoïde chronique* les réactions que nous signalons : très souvent, à l'entrée, l'examen du liquide céphalo-rachidien s'était montré complètement négatif.

Chez la grande majorité de nos malades, les troubles délirants remontent à plusieurs années, 16 sur 23 depuis plus de 3 ans. Sur les 16 cas, nous retrouvons un temps d'évolution remontant respectivement à 30 ans, 17 ans, 14 ans, 6 ans, 6 ans, 6 ans, 6 ans,



5 ans, 5 ans, 5 ans, 5 ans, 5 ans, 5 ans, 4 ans, 4 ans, 3 ans. Dans les 7 autres cas, où la réaction apparaît plus précocement, l'évolution vers les idées mégalomaniaques fut particulièrement rapide. Il ne nous est pas possible d'expliquer la raison de cette apparition tardive de la réaction, qui semble réservée à la *psychose hallucinatoire chronique*. Cette précipitation de la zone ménagée est habituellement d'intensité moyenne. Nous ne l'avons retenue comme positive que lorsqu'elle s'étend au moins jusqu'au 11<sup>e</sup> tube ; les types les plus habituels étaient 00000-02222-21000, 00000-22222-12000, 00000-22222-22000, 00000-02222-11000, 00000-22222-20000, souvent 00000-22222-10000.

Cette réaction s'accompagne souvent, mais non toujours, d'une hyperalbuminose. Il s'agit, lorsqu'elle existe, d'une hyperalbuminose moyenne dépassant exceptionnellement 0,50 et sans lymphocytose. Et ceci constitue une nouvelle différence avec ce qu'on observe dans d'autres syndromes mentaux où Courtois a noté que la précipitation s'accompagnait fréquemment d'une lymphocytose notable.

Nous n'avons pas rencontré de parallélisme entre la présentation clinique de l'état mental et la présence de la réaction. Néanmoins, lorsqu'elle existait, il nous a semblé que le fléchissement intellectuel était un peu plus accentué, les troubles hallucinatoires plus riches avec prédominance cénesthopathique, les idées mégalomaniaques extrêmement fréquentes. Mais cela peut s'expliquer par l'ancienneté de l'évolution.

Signalons aussi que voulant éviter de nous engager dans des discussions terminologiques ou nosographiques, nous avons choisi des malades au sujet desquels avait été porté, par plusieurs médecins et à plusieurs mois d'intervalle, le diagnostic identique de *psychose hallucinatoire chronique*.

Avant d'essayer d'interpréter ces résultats, il nous faut discuter tout d'abord de la valeur même de la réaction que nous avons étudiée.

On pourrait nous objecter que la précipitation du benjoin dans la zone méningitique est en rapport avec l'hyperalbuminose, qui coexiste souvent avec cette précipitation. Nous ferons remarquer que la présence simultanée d'une hyperalbuminose et d'une réaction du benjoin de type méningitique est cependant loin d'être la règle. Nous avons vu que dans les *psychoses hallucinatoires chroniques*, cette réaction ne s'accompagnait parfois d'aucune augmentation du taux de l'albumine (qui est considéré comme normal lorsqu'il ne dépasse pas 0 gr. 30 par litre — rarement elle atteignait le taux de 0,50.

Courtois et Pichard ont fait des constatations analogues chez les alcooliques. Sur les 87 cas qu'ils ont étudiés, ils ont trouvé 22 fois une précipitation du type méningitique isolé, sauf dans deux cas, où cette réaction était accompagnée d'une très légère hyperalbuminose (0 gr. 35 et 0 gr. 40). D'ailleurs, les nombreux auteurs qui se sont attachés spécialement à l'étude de la réaction de Guillain n'attribuent aucune influence au taux de l'albumine du liquide céphalo-rachidien sur la précipitation du benjoin. Guillain, Laroche et Léchelle disent que « la réaction du benjoin ne présente pas de rapports avec l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien ».

H. Rabeau a constaté, lui aussi, dans ses nombreux examens, que l'hyperalbuminose ne joue aucun rôle dans la précipitation du benjoin colloïdal. « Nous avons noté, dit-il, des réactions négatives (il s'agit de la syphilis), avec 0 gr. 50 et 0 gr. 90 d'albumine chez des syphilitiques. En dehors de la syphilis, la réaction fut négative avec des liquides contenant 3 gr. 5 et 7 gr. d'albumine par litre. »

Enfin, Duhot et Crampon écrivent que « la réaction du benjoin colloïdal est indépendante du taux de l'albumine totale, des éléments cytologiques, de l'urée, du glucose ».

Quant à la lymphocytose elle semble, de toute évidence, n'avoir aucune influence sur la précipitation du benjoin dans la zone méningitique. Guillain, Laroche et Léchelle écrivent que « la réaction du benjoin colloïdal n'a aucun rapport avec le nombre des cellules du liquide céphalo-rachidien ». Ils l'ont montré expérimentalement en pratiquant la réaction sur deux échantillons d'un même liquide, dont l'un avait été centrifugé au préalable, donc privé des éléments cellulaires. Les résultats trouvés dans les deux épreuves étaient absolument identiques.

Signalons à ce propos que nous n'avons pas constaté dans nos observations de lymphocytose notable. A peine avons-nous noté, dans de très rares cas, 2 à 3 lymphocytes par  $\text{mm}^3$ , sauf dans un cas, où nous en avons trouvé plus de 8.

Enfin, nous ne pensons pas non plus que le taux des globulines joue un rôle dans la précipitation du benjoin, dans la zone méningitique. En ce qui concerne les *psychoses hallucinatoires chroniques*, la réaction de Weichbrodt s'est toujours montrée normale. Quant à la réaction de Pandy, nous l'avons trouvée parfois légèrement positive. Dans les autres syndromes étudiés, d'étiologie organique certaine, nous avons remarqué que la réaction de Pandy était assez souvent positive, ou positive atténuée, en dehors de toute syphilis.

Il nous paraît donc bien établi que la précipitation du benjoin dans la zone méningitique est indépendante des modifications des divers éléments du liquide céphalo-rachidien. Elle possède par conséquent une valeur propre, et si elle n'a pas la valeur sémiologique de la précipitation dans la zone syphilitique, elle peut cependant apporter dans certains cas des renseignements utiles à la clinique. Il en est ainsi en pathologie mentale.

Nous nous sommes efforcés de toujours éviter toutes autres causes d'erreur ; fautes de technique, mauvaise qualité du benjoin, etc... Pour parer à ces éventualités, nous nous sommes adressés à des laboratoires différents, pour le même malade, nous avons pratiqué des contre-épreuves de contrôle.

Nous n'avons, naturellement, pratiqué la réaction que sur des liquides céphalo-rachidiens parfaitement clairs, la réaction étant faussée avec les liquides troubles, sanglants ou xanthochromiques.

Est-il d'autres possibilités d'erreurs ? En supposant, les choses étant mises au pire, que dans ces conditions il puisse subsister encore des causes capables de fausser les résultats, il serait bien extraordinaire que l'erreur se répète deux fois de suite chez le même individu, et avec une majorité frappante dans les *psychoses hallucinatoires chroniques* et les syndromes spéciaux où la participation méningée paraît évidente. Aussi croyons-nous pouvoir retenir comme valables les résultats que nous exposons.

L'interprétation de ces résultats exige naturellement de la prudence, d'autant plus qu'habituellement la présence de la précipitation positive n'était accompagnée d'aucun signe neurologique.

Néanmoins, nous croyons pouvoir dire que le type méningitique de la réaction du benjoin colloïdal n'est nullement spécifique qu'on l'observe dans d'autres maladies mentales et dans les syndromes toxi-infectieux qui ont atteint plus ou moins le névraxe. Elle semble en tous les cas être le témoin fidèle et sensible d'une réaction méningée et même peut-être cérébro-méningée, parfois inappréciable à l'examen clinique et qui peut ainsi être mise en évidence. Elle prend, dans la *psychose hallucinatoire chronique*, une importance particulière en raison justement de sa fréquence, de son apparition tardive et de sa fixité. Souvent lorsqu'elle existait nous avons pu sinon affirmer, tout au moins supposer une origine organique. Dans une majorité remarquable de cas, l'appoint éthylique était certain et important. Chez trois de nos malades, dont un où la psychose avait débuté et évolué rapidement après un ictus, la syphilis paraissait très probable, chez deux autres, un traumatisme crânien grave pouvait laisser envisager un rapport étiologique, dans telle observation une

paralysie oculaire diabétique permettait de penser au retentissement de cette diathèse sur le cerveau ; chez un autre sujet, une otite mal guérie avait précédé de quelques mois le début de la psychose, etc...

Dans pas mal d'observations dominait surtout l'alcool ou la syphilis et souvent une association des deux. Cette constatation nous a orienté vers certaines comparaisons qui nous semblent intéressantes. Tout d'abord une comparaison avec les psychoses de Korsakoff : c'est dans ce syndrome en effet que nous avons retrouvé la réaction méningitique du benjoin colloïdal avec une fréquence égale sinon légèrement supérieure à celle rencontrée dans la *psychose hallucinatoire chronique*, elle y est plus précoce mais aussi stable. Nous signalons cette ressemblance sans vouloir ici la discuter, nous réservant pour plus tard d'essayer d'en donner une explication.

Ensuite, l'autre comparaison qui s'est imposée à nous est celle avec les paralysies générales traitées et transformées par la thérapeutique ou celles à forme prolongée ou torpide. Ici encore, la réaction se montre souvent identique, mais elle apparaît dans un ordre inverse, pourrait-on dire, en ce sens qu'un liquide céphalo-rachidien positif dans les 10 premiers tubes, s'éclaircit dans les tubes de la première série alors que la précipitation gagne les tubes de la zone méningée se déplaçant ainsi de droite à gauche. Cette précipitation méningitique peut même quelquefois disparaître complètement pour aboutir à un liquide céphalo-rachidien normal. Ces cas sont maintenant bien connus et nous n'avons pas l'intention de nous étendre à leur sujet. Un très intéressant article de MM. Masquin et Trelles, paru dans le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, met parfaitement au point cette question. Néanmoins la transformation de la précipitation syphilitique en précipitation méningitique apparaît habituellement assez longtemps après le traitement : 1, 2, 3 et même 4 ans, beaucoup plus longtemps encore dans les formes de paralysie générales non traitées mais prolongées (nous en avons vu d'assez nombreux cas à la Maison de Santé de Charenton, 15 et 20 ans après).

Souvent cette forme particulière de précipitation évoluée se fixe et ne bouge plus et c'est précisément dans ce cas que l'on rencontre un tableau clinique ressemblant par beaucoup de points à la *psychose hallucinatoire chronique*. L'un de nous en montre de nombreux exemples dans sa thèse. Nous nous contenterons ici de citer rapidement une observation typique ; on pourrait presque dire à son sujet qu'il s'agit d'une forme de transition

entre la paralysie générale et la psychose hallucinatoire chronique : le malade G..., entre à l'asile de Villejuif en 1932 avec le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique venant de l'infirmerie spéciale du dépôt. Dans le certificat immédiat, le D<sup>r</sup> Guiraud n'ayant pas encore pratiqué l'examen du liquide céphalo-rachidien, n'osant pas affirmer d'emblée un diagnostic définitif et en l'absence presque complète de signes neurologiques, note « syndrome hallucinatoire chronique » ajoutant d'ailleurs « probablement par syphilis encéphalitique ». A la quinzaine, il précise le diagnostic de paralysie générale, car l'examen humoral a donné les résultats suivants : Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien ; benjoin colloïdal : 12221-22222-10000 ; le Bordet-Wassermann est également +, dans le sang — ; ce malade a été impaludé et soumis à un traitement chimique. Aujourd'hui, dans les lettres qu'il écrit apparemment sensées, en tous cas d'allure cohérente, bien calligraphiées, il se présente comme un délirant halluciné chronique typique et rien ne pourrait permettre de poser un autre diagnostic si l'on ne connaissait pas les antécédents humoraux ; à la date du 6 février 1935, son benjoin colloïdal est devenu : 00000-02222-10000 ; la réaction de Bordet-Wassermann est actuellement négative.

La conclusion à notre travail sera la suivante : l'extension de la précipitation du benjoin colloïdal dans les tubes situés à la droite de la zone médiane, précipitation dite de type méningitique, se rencontre dans divers syndromes mentaux, où l'on peut retrouver à la base l'origine organique ou toxi-infectieuse ; elle y est habituellement précoce et fugace. Dans la psychose hallucinatoire chronique, on la rencontre dans plus d'un tiers des cas, elle y est au contraire tardive et tenace. Dans une forme identique, mais avec un mode d'apparition différent, on la retrouve dans la psychose de Korsakoff et dans certaines paralysies générales transformées par le traitement ou à évolution clinique particulière. Ce symptôme humoral est l'indice d'une réaction méningée, qui ne se manifeste parfois par aucun signe clinique.

Notre but n'était pas de préciser ni la nature de cette réaction méningée, ni l'étiologie possible de la psychose hallucinatoire chronique, mais simplement d'apporter une contribution utile à l'étude de la base organique de ce syndrome.

M. FRIBOURG-BLANC. — Les auteurs considèrent-ils dans leurs observations la positivité de la floculation du benjoin colloïdal

dans la zone moyenne comme pathologique ? Cette floculation se retrouve, en effet, dans les liquides normaux.

Quant à la floculation dans la zone méningée (5 tubes de droite), je l'ai observée dans un cas de troubles psychiques dus à une trypanosomiase et chez un malade atteint de délire onirique lié à une fièvre récurrente par spirochète Duttoni.

M. Paul ABÉLY. — Il n'a pas été tenu compte de la positivité de la réaction du benjoin dans la zone moyenne.

La séance est levée à 18 heures 15.

*Les Secrétaires des séances,*

P. COURBON ET P. ABÉLY.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

Séance du 7 Février 1935

---

Présidence : M. André BARBÉ, président

---

**Paraplégie flasque atrophique consécutive à une dysenterie amoebienne,**  
par MM. L. BABONNEIX, Maurice LÉVY et Laurent GOLÉ.

Présentation d'un petit garçon de 7 ans 1/2, atteint, en été dernier, d'une dysenterie amoebienne grave, traitée par les médications habituelles : émétine, stovarsol, novarsénobenzol, et chez qui, au cours de la convalescence, est apparue une paraplégie flasque atrophique. Après avoir mis hors de cause l'amibe et l'émétine, ils invoquent, à l'origine des accidents, une intoxication arsenicale.

*Discussion.* — M. LHERMITTE a eu l'occasion de voir des paraplégies arsenicales dues à l'acétylarsan, mais il s'agissait de paraplégies spasmodiques.

M. BARRÉ a vu des paraplégies et des polynévrites arsenicales surtout avec les arsenicaux pentavalents.

M. HILLEMAND signale un cas de paraplégie flasque due à l'émétine.

**Au sujet de la communication de MM. Lhermitte et de Massary**  
**sur la Maladie de Friedreich, par M. MOLLARET.**

M. MOLLARET insiste sur les formes de passage entre la maladie de Friedreich et les maladies voisines qu'avec M. Guillaumin il range sous le nom d'hérédodégénération spino-cérébelleuse, terminologie qui englobe différentes affections familiales, comme la paraplégie spasmodique familiale, l'hérédodégénération ataxique, la maladie de Roussy-Lévy.

*Discussion.* — M. LHERMITTE accepte la notion d'une hérédodégénération spino-cérébelleuse dont la maladie de Friedreich serait l'expression la plus typique.

M. ANDRÉ-THOMAS fait toute réserve sur le cas présenté par MM. Lhermitte et de Massary, au point de vue anatomique, comme ressortissant à la conception classique de la maladie de Friedreich.

M. MOLLARET insiste sur la fréquence des formes de passage, soit dans une même famille, soit chez un même malade, de formes frustes vers des formes typiques.

### **Syringomyélie lombo-sacrée familiale probable et spina bifida occulta sacré, par MM. A. THÉVENARD et COSTE.**

Malade de 18 ans, porteur de maux perforants plantaires bilatéraux, chez lequel l'évolution de la maladie a entraîné la chute spontanée ou l'amputation chirurgicale de près de la moitié des orteils, et le développement d'importantes ostéo-arthropathies des pieds. Ces troubles trophiques sont associés à des troubles sensitifs à type syringomyélique à localisation identique, à des troubles vasomoteurs et à un spina bifida sacré. Un demi-frère de ce malade paraît être atteint de la même affection. Cette observation peut être considérée comme exceptionnelle par la réunion chez le même malade de la triade suivante : 1° Signes de syringomyélite lombo-sacrée ; 2° spina bifida sacré ; 3° caractère familial.

*Discussion.* — M. CHAVANY insiste sur l'inefficacité, dans de tels cas, de la radiothérapie.

M. HAGUENAU signale la fréquence, et, par conséquent, le peu de valeur du spina bifida occulta.

### **Un cas d'hermaphroditisme avec macrogénitosomie, par M<sup>me</sup> SORREL-DÉJERINE et M. SORREL.**

Ces auteurs présentent un enfant de 4 ans 1/2, atteint d'hermaphroditisme et de macrogénitosomie qui, d'abord pris pour un garçon à cause de l'énorme développement du clitoris, s'avéra être une fille après qu'une laparotomie exploratrice mit en évidence l'existence de deux ovaires normaux et d'un utérus atrophique. Cet enfant présentait, en outre, un développement considérable des poils du pubis qui apparurent à un an et demi. Sa taille est celle d'un enfant de 10 ans, son ossification est celle d'un adulte de 18 ans. Par contre, la malade a un retard dentaire correspondant à l'âge de 4 ans.

L'étiologie de ce syndrome reste obscur : il n'y a pas d'antécédents pathologiques, pas de troubles épiphysaires ni surrénaliens. Les auteurs discutent l'hypothèse d'une origine infundibulaire.

*Discussion.* — M. LHERMITTE rappelle le cas présenté avec M. Heuyer et Mlle Vogt, où il n'existait aucune lésion épiphysaire, mais où, par contre, était touchée la région des tubercules mamillaires.



**Syndrome progressif des cornes antérieures : sclérose latérale ou poliomyélite antérieure**, par MM. FAURE-BEAULIEU et WEISSMANN-NETTER.

Ces auteurs exposent les difficultés de diagnostic présentées par un cas d'amyotrophie qui a débuté il y a plus d'un an à la jambe et à la main gauches, réalisant un type Aran-Duchenne des plus nets, et qui tend à envahir les muscles symétriques de l'autre côté, ainsi que quelques muscles innervés par les nerfs bulbaires (facial, vago-spinal, hypoglosse), et cela sans aucun trouble sensitif ni aucun signe pyramidal et avec abolition de presque tous les réflexes tendineux.

Après avoir écarté les diagnostics de myopathie et de polynévrite, les auteurs discutent la nature de ce syndrome pur des cornes antérieures. Contre la sclérose latérale amyotrophique s'inscrivait l'absence de tout signe pyramidal et de toute secousse fibrillaire. Contre la poliomyélite antérieure chronique s'inscrivait la participation, si discrète soit-elle encore, du bulbe.

L'hypothèse la plus vraisemblable paraît être celle d'une forme anormalement lente et prolongée de poliomyélite antérieure subaiguë progressive, affection décrite jadis par Duchenne et par Vulpian, et à laquelle les recherches récentes de M. Alajouanine ont donné un regain d'actualité, en démontrant son autonomie par l'expérimentation.

**Etude otologique de la dysostose cranio-faciale**, par M. AUBRY.

M. AUBRY a repris, au point de vue otologique, la plupart des cas déjà étudiés par M. Crouzon. Il insiste sur la remarquable prolongation de la conduction osseuse et l'hyperexcitabilité à l'épreuve galvanique. Les épreuves caloriques et rotatoires sont, par contre, à peu près normales. A la radiographie, on remarque une décalcification intense de la mastoïde et du rocher, mais avec intégrité absolue des canaux semi-circulaires.

**Sur certains troubles de l'équilibre consécutifs à l'épreuve rotatoire chez l'homme normal**, par MM. J.-A. BARRÉ, KABAKER et CHARBONNEL.

Ces auteurs ont pratiqué l'épreuve rotatoire sur des personnes normales, assises pendant la rotation, la tête droite ou penchée sur la poitrine. Après l'épreuve, on trouve toujours :

1. *Si la tête était droite* : un Romberg brutal suivi d'une déviation de la marche aveugle dans un sens opposé à celui de la rotation.
2. *Si la tête était inclinée sur la poitrine* : un Romberg plus violent encore, suivi d'une déviation de la marche aveugle dans le même sens que celui de la rotation.

Dans les deux cas, la déviation des bras se fait, comme le nystagmus, dans son sens ordinaire, connu.

Les auteurs montrent le caractère parfaitement normal, chez l'homme, de l'inversion de la déviation post-rotatoire qui a été attribuée à une atteinte du lobe préfrontal. Considérant que la pulsion post-rotatoire n'a ni les caractères d'un phénomène d'origine semi-circulaire, ni ceux d'un trouble cérébelleux, ni ceux d'un réflexe du cou, les auteurs sont tentés, pour l'expliquer, d'invoquer l'action du réflexe otolithique. Ces pulsions post-rotatoires : immédiates, brusques et passagères ne peuvent ressortir à un « syndrome dysharmonieux vestibulaire » véritable.

**Maladie de Biermer (syndrome neuro-anémique), par M. LARUELLE.**

M. Laruelle rapporte un cas de Maladie de Biermer, avec abolition de la sensibilité au diapason et conservation de la sensibilité articulaire. Cette disparition, qui existe parfois dans le tabès incipiens et d'autres myélites funiculaires, pose la question d'une voie différente pour chacun de ces modes de sensibilité.

**Poliomyélite antérieure aiguë associée à une arachnoïdite,  
par M. ANDRÉ-THOMAS.**

Malade ayant présenté une paralysie des muscles du cou et des membres inférieurs avec : diminution de la sensibilité vibratoire et à la douleur, modification du réflexe pilo-moteur, et liquide xanthochronique à la ponction lombaire. Le lipiodol montre un arrêt au niveau des dernières cervicales. Avant la mort : troubles respiratoires très marqués.

Les lésions de la moelle sont superposables à celles décrites par M. Alajouanine. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'arachnoïdite. On trouve, en effet, par endroits, une arachnoïde épaissie avec amas pigmentaire et amas de noyaux endothéliaux.

**Un nouveau cas d'aphasie croisée,  
par MM. G. MARINESCO, D. GRIGORESCO et S. AXENTE.**

Malade âgé de 45 ans, droitier de naissance et par toute son activité, chez qui s'installe, dans un délai de quelques jours, une hémiparésie gauche avec exagération des réflexes ostéo-tendineux et le signe de Babinski du même côté. En même temps, le malade présente une hémianopsie homolatérale gauche et une aphasie de Wernicke. Même un examen très minutieux ne révèle aucun trouble du côté droit. Au point de vue des troubles du langage, il présente tous les signes caractéristiques de l'aphasie de Wernicke, avec conservation du langage extérieur, l'articulation étant correcte. L'existence d'une hémianopsie gauche oblige les auteurs d'admettre aussi l'existence d'une lésion de l'hémisphère droit, et ils s'attachent à expliquer que, dans des cas exceptionnels, même le cerveau droit est capable de s'adapter à la fonction du langage.

**Syndrome de la calotte protubérantielle. — Algies spontanées. — Isothermognosie. — Etude anatomo-clinique, par MM. J. LHERMITTE, J. HAGUENAU et J.-O. TRELLES.**

Malade de 50 ans, qui présente, à la suite d'un ictus, une hémiparésie gauche légère ; deux mois après apparaissent des douleurs dans l'hémicorps gauche. Les sensations tactiles sont conservées, mais toutes les excitations cutanées ou profondes déterminent la même sensation de chaleur extrême, de brûlure. L'étude histologique révèle la présence d'un foyer hémorragique limité à la calotte pontique, sectionnant le faisceau central, le ruban de Reil, la bandelette longitudinale postérieure. Du même côté, l'olive bulbair apparaît très hypertrophiée.

Cette observation montre que des algies semblables à celles que provoquent les lésions thalamiques peuvent être déterminées par une destruction limitée à la calotte pontique, que ni l'altération du faisceau central de la calotte, ni la lésion olivaire conjointe ne suffisent pour réaliser l'écllosion de myoclonies vélo-palatines.

**Le problème anatomique du nystagmus du voile du palais,  
par MM. HILLEMAND, CHAVANY et TRELLES.**

Ces auteurs rapportent l'étude anatomique des quatre cas anatomo-cliniques étudiés par Charles Foix, de 1924 à 1926. Ils rappellent que leur Maître, le premier, a attiré l'attention sur l'existence d'une lésion sus-nucléaire dans l'étiologie de ce syndrome. Frappé de constater dans ses quatre cas une lésion de la calotte protubérantielle avec atteinte du faisceau central de la calotte et dégénérescence pseudo-hypertrophique de l'olive bulbaire, Foix a incriminé le faisceau central dans la pathogénie du syndrome. Depuis ces travaux, d'autres documents anatomo-cliniques ont été rapportés. Si, dans leur majorité, ils ont montré les lésions constatées par Foix, d'autres au contraire — bien que rares — ont montré l'intégrité du faisceau central de la calotte, mais une dégénérescence pseudo-hypertrophique de l'olive avec atteinte du système olivo-dentelé. Il y a donc lieu d'élargir les conclusions de Foix ; aux données anatomiques rapportées par lui, il faut désormais ajouter l'atteinte possible du noyau dentelé, des fibres olivo-dentelées. Mais, actuellement, la fréquence (11 fois sur 15) veut que pratiquement, devant tout syndrome myoclonique du voile, on pense d'abord à une atteinte de la protubérance, telle que l'avait décrite Charles Foix.

**Abcès de la région des noyaux gris centraux secondaires à une  
suppuration pulmonaire, par M. ANDRÉ-THOMAS.**

M. André-Thomas rapporte le cas d'un malade qui, à la suite d'une suppuration pulmonaire streptococcique, fait une hémiplégie et tombe dans le coma. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre une polynucléose abondante, diminution du glucose et absence de microbes. L'opportunité d'une intervention chirurgicale fut discutée et le malade ayant rapidement succombé, l'autopsie montra plusieurs abcès au niveau de la couche optique du noyau lenticulaire et du noyau caudé. L'auteur insiste sur la rareté d'abcès de cette région au cours des suppurations pulmonaires.

Pierre MARESCHAL.

## Société Française de Psychologie

---

Séance du Jeudi 17 Janvier 1935

---

Présidence : M. Paul GUILLAUME, vice-président

---

**Le processus du métacontraste. Facteurs élémentaires et élaboration perceptive (démonstration expérimentale), par M. Henri PIÉRON.**

Le métacontraste est un phénomène visuel consistant en ce qu'un stimulus donné empêche la perception d'un stimulus antérieur. Il a été découvert en 1910 par Stigler à l'occasion du fait suivant : si une surface est divisée en un champ éclairé et un champ sombre et que l'on réalise sur le champ sombre un éclairage égal à celui du premier champ, le premier champ paraît plus sombre. Piéron a étudié le métacontraste à l'aide du dispositif expérimental suivant : soit un disque de métal blanc recouvert d'une feuille noire ; on fait trois fenêtres concentriques dont la médiane est située en avant des deux autres pour un sens de rotation donné ; si l'on fait tourner le disque à une vitesse suffisante, normalement on devrait percevoir trois anneaux complets ; or, pour une vitesse convenable, on n'en voit que deux, l'anneau correspondant à la fenêtre médiane et antérieure n'étant pas perçu. Pour Piéron, il s'agirait d'une suppression ou d'un ralentissement d'influx, le second train de variations électriques du nerf optique coupant le premier, interprétés perceptivement comme une diminution de luminosité ; ce qui le montre, c'est que la suppression peut être remplacée par une impression de lustré ou d'excentricité, qui mettent en évidence l'influence de l'excitation en apparence supprimée. L'intérêt de ces faits est d'établir une discrimination entre les conditions physiologiques et l'élaboration perceptive : sous la gestalt, on peut trouver des facteurs physiologiques élémentaires.

Daniel LAGACHE.

## Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 Janvier 1935

Présidence : M. ALEXANDER, président

### Les limites de l'hygiène mentale, par M. ALEXANDER.

Dans un discours présidentiel que lui inspire sa longue expérience de l'assistance psychiatrique, M. Alexander rappelle tout d'abord combien peut être ingrat et difficile le rôle du médecin attaché à un dispensaire d'hygiène mentale, les difficultés du dépistage des affections psychiques et les obstacles qui s'opposent souvent à la surveillance des aliénés libérés. Cependant, le rôle principal du médecin consistera dans la psychothérapie ; celle-ci s'exercera de façon indirecte par les conseils donnés aux éducateurs et aux supérieurs des malades en traitement. Mais, surtout, c'est de psychothérapie essentielle qu'il s'agira. M. Alexander regrette que cette thérapeutique n'ait jamais été codifiée de façon suffisante et retient que ses succès dépendent avant tout de la sympathie qui unit le malade et le médecin.

### Spasme de torsion chez un oligophrène, par MM. DIVRY et ÉVRARD.

Après avoir rappelé les notions acquises à ce jour sur l'étiologie des spasmes de torsion, les auteurs apportent une nouvelle observation de ce syndrome. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, sans antécédents héréditaires notables. Le sujet a parlé et marché assez tardivement. Il n'a jamais présenté de maladie aiguë. A l'âge de 6 ans, on note chez lui un retard intellectuel marqué (l'âge mental est de 3 ans), mais il fait des progrès relativement rapides. En 1930, l'enfant se plaint de fatigue et de céphalées et l'on constate l'apparition de nombreuses papules en même temps que régressent les acquisitions scolaires. L'année suivante, apparaissent les premiers signes de la dystonie lenticulaire. En 1932 et 1933, se produit parfois un strabisme convergent. A l'heure actuelle, le spasme apparaît surtout au cours de la marche ; il disparaît dans la position couchée, sauf au cours de certains états d'excitation psychique ou bien lorsqu'on a imprimé au bras gauche une série de mouvements passifs. Le spasme adopte l'aspect suivant : la tête est renversée en arrière et tournée vers la gauche ; l'épaule gauche est portée en avant et en haut ; le membre supérieur gauche se raidit en extension et en pronation forcée ; le droit est également étendu, mais avec moins de rigidité. Le pied gauche du

malade ressemble étonnamment à celui qui se rencontre dans la maladie de Friedreich. Au membre supérieur gauche, on met en évidence des alternatives d'hypertonie et de relâchement qui disparaissent lorsque la tête est tournée à droite. Il existe aussi des secousses de l'hémiface gauche. Les auteurs insistent sur l'attitude du membre supérieur gauche qui évoque singulièrement la rigidité décérébrée. L'exploration du foie et l'examen humoral ont été négatifs. Le psychisme du malade est assez puéril. Il comporte des oscillations parallèles à celles de la dystonie, un état de dépression accompagne les recrudescences du spasme. Le malade est très entêté et sujet à diverses impulsions (fugues, suicide).

#### Un cas de parkinsonisme post-traumatique, par M. CONREUR.

Relation du cas d'un homme de 33 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, chez lequel un tremblement parkinsonien apparut neuf mois après un traumatisme crânien (coups de poing violents). Dans la suite, apparurent des crises oculogyres fréquentes qui cédèrent au traitement par de fortes doses d'atropine. Il y a deux mois, le malade fit une période de dépression. Actuellement, le faciès est un peu figé. L'idéation est assez lente, le liquide céphalo-rachidien est normal. L'auteur rappelle, d'après la littérature, la pathogénie du parkinsonisme post-traumatique et expose les conditions requises pour pouvoir affirmer la relation de cause à effet avec l'accident.

#### Deux cas de délire de grossesse chez des sujets masculins, par M. FOCQUET.

La première observation concerne un homme de 33 ans, sans antécédents bien particuliers. En 1933, il présenta un état mélancolique accompagné de sensations viscérales bizarres. Puis survint de la sitiophobie, et le malade commença à prétendre qu'il n'avait plus d'intestins et qu'à leur place se trouvait un enfant. Il expliquait sa grossesse par des rapports homosexuels qui avaient eu lieu dix ans auparavant et dans lesquels il jouait le rôle passif. Cet état délirant s'effaça très vite, et, pendant huit mois, le sujet jouit d'une santé psychique parfaite. Après cette rémission, survinrent des idées d'empoisonnement, puis les idées de grossesse reprirent. Cette fois, il les expliqua en disant qu'on avait mélangé à son café le sang menstruel d'une inconnue. A ces idées, se superposèrent bientôt des conceptions mégalomaniaques : le sujet se dit capable d'empêcher les guerres et d'entrer en relations avec les habitants de la lune et des étoiles. Depuis le début de janvier, le sujet est nettement amélioré.

Le second malade est un homme de 45 ans, paralytique général. Traité par impaludation, il présenta un délire post-malarique, au cours duquel il affirma que son estomac et ses intestins avaient disparu et que deux enfants et un poisson se trouvaient dans son abdomen. Il n'arrive à donner aucune explication qui justifie ses idées délirantes. A l'heure actuelle, d'ailleurs, il prétend que seul le poisson est encore dans son ventre. L'auteur fait remarquer que dans ce cas, il s'agit plus d'un délire de zoopathie interne que d'un délire de grossesse.

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

## Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

---

Séance du 26 Janvier 1935

---

Présidence : M. CHEVAL, président

---

En ouvrant la séance, M. le Président félicite M. LUDO VAN BOGAERT, nommé membre correspondant de l'Académie de Médecine de Belgique.

Intervention sur les paupières en neuro-oculistique,  
par M. Jean COPPEZ.

Un homme de 45 ans fait, à la suite d'un ictus, une hémiplegie droite avec hémiparésie faciale gauche, dysarthrie et paralysie du regard latéral. Après quelques mois, l'hémiplegie disparaît, mais il apparaît des signes pyramidaux et cérébelleux bilatéraux ainsi qu'un syndrome de Foville. L'examen oculaire montre, à l'œil droit, l'existence d'un lagophtalmos, d'ectropion et d'un ulcère cornéen ; il y a en même temps une conjonctivite intense ; après guérison de celle-ci, on procède à une blépharoraphie médiane qui amène assez vite la disparition de la lésion cornéenne. A gauche, il existe une anesthésie cornéenne avec ulcération, bientôt suivie d'un blépharospasme clonique avec début d'entropion ; une blépharoraphie externe guérit rapidement l'ulcération, tandis que le spasme clonique cède à une injection d'alcool et de novocaïne dans la paupière. On a pu faire ainsi sur le même malade, la presque totalité des opérations palpébrales.

**L'existence d'une adénite primitive prééruptive dans le zona,**  
par M. FRANÇOIS.

L'auteur rappelle que les adénites zonateuses peuvent être primitives ou secondaires. La pathogénie des premières est bien connue : c'est la transmission aux ganglions lymphatiques de l'infection cutanée. Quant aux secondes, elles doivent être mises en rapport avec l'action lymphatique directe du virus zostérien comme le montrent deux observations de l'auteur, où une adénite préauriculaire a précédé l'éruption d'un zona ophtalmique. Les cas de ce genre doivent être extrêmement rares puisqu'on n'en rencontre que deux observations dans la littérature.

**Changements métriques et formels de l'image visuelle**  
dans les affections cérébrales; par M. L. VAN BOGAERT.

L'auteur apporte deux nouvelles observations de modifications de l'image visuelle au cours des affections cérébrales. Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille âgée actuellement de 27 ans. Il y a 5 ans, au cours de deux menstruations successives, elle présenta des céphalées, des vomissements et une baisse brusque de l'acuité visuelle avec apparition d'un éclair rouge devant les yeux. A la période de règles suivante, elle eut une hémianopsie homonyme gauche très fugace, et, dans les six mois qui suivirent, douze syncopes avec troubles du sens des couleurs. En 1924, survient un rétrécissement concentrique du champ visuel, variable aux divers examens, et accompagné d'exagération des réflexes des membres inférieurs. Un peu plus tard, au cours d'une syncope, elle voit son tricot devenir de plus en plus petit, en même temps qu'elle sent une odeur de menthol, puis le tricot disparaît dans un nuage rouge-orange ; la malade tombe et se blesse. Au cours d'une autre crise, la jeune fille voit le visage de sa mère déformé dans le sens vertical et ne voit d'elle-même, dans la glace, qu'une image extrêmement mince ; elle est pâle et très anxieuse. Entre 1925 et 1927, se produit une nouvelle série d'accès, suivis de déformation des objets et de troubles olfactifs. Dans la suite, on assiste à l'évolution d'une *sclérose en plaques* typique. Actuellement, la vision est réduite à un dixième à l'œil gauche et abolie à l'œil droit ; il n'y a plus de micropsie, mais, parfois encore, une aura olfactive. La malade ne peut supporter la musique d'orchestre qui provoque l'apparition de vertiges intenses.

La seconde observation est celle d'une diabétique qui fit, à la suite d'un ictus, une hémianopsie homonyme gauche avec déviation des yeux à gauche. En même temps, l'image de la chambre où elle se trouve devient très petite et les personnes de l'entourage apparaissent singulièrement rapetissées, tandis que certains objets semblent disloqués. Il y a aussi des troubles de l'orientation spatiale qui paraissent débiter dans le champ hémianopique et des altérations du schéma corporel.

On a signalé des déformations analogues de l'image visuelle dans les affections vestibulaires, et cette explication pourrait sans doute valoir pour la première observation. Mais pour la seconde, il faut incriminer une lésion du cortex, et plus particulièrement de la région interpariétale.



**A propos de deux cas d'hématome sous-dural chronique,**  
par M. VAN GEHUCHTEN.

L'auteur a pu observer deux nouveaux cas d'hématome sous-dural, dont l'un accompagné d'examen anatomique.

Celui-ci montre que, du côté opposé à la lésion, l'arachnoïde est épaissie et présente des taches brunâtres, où le microscope permet de voir l'aspect classique de la pachyméningite hémorragique. Dans ce cas, la pachyméningite a été la lésion initiale, et le traumatisme a été la cause occasionnelle de l'hématome sous-dural. Il faut donc conclure que, dans certains cas, l'hémorragie sous-durale est due à la rupture d'une lacune sanguine chez un sujet atteint de pachyméningite. Mais il ne faudrait pas trop généraliser cette conception et l'on peut sans doute admettre qu'un traumatisme peut causer un hématome sous-dural chez un sujet indemne de toute lésion arachnoïdienne.

**A propos d'un cas de tumeur cérébrale multiple,**  
par MM. L. VAN BOGAET et P. MARTIN.

Il s'agit d'une jeune fille de 24 ans dont les symptômes essentiels étaient les suivants : astasie, ataxie, tremblement intentionnel très peu accentué d'un côté, stase papillaire bilatérale et troubles endocriniens. La radiographie montre une tumeur suprasellaire calcifiée. A l'intervention, on trouve une tumeur frontale calcifiée inextirpable. La mort survient 24 heures après. A l'autopsie, on relève l'existence de trois tumeurs de structure histologique différente : la première, située dans le quatrième ventricule, est un médulloblastome ; la seconde siège dans la glande pinéale et présente l'aspect microscopique d'un pinéalomé ; la troisième, un pinéalo-blastome, occupe le III<sup>e</sup> ventricule.

J. LEY.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHIATRIE

Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, sous la direction du Professeur PFERSDORFF, vol. X (1 vol. in-8°, 515 pages, Librairie Universitaire d'Alsace, Strasbourg 1933).

Cet important volume, où se trouvent réunis des travaux faits à la Clinique psychiatrique de l'Université de Strasbourg, contient entre autres un important mémoire du Professeur Pfersdorff sur *les rapports du rythme et du langage dans l'excitation motrice catatonique*. M. Pfersdorff y étudie douze cas de catatonie avec excitation rythmique du langage et de la motricité et les divise en groupes différents suivant la qualité des associations du langage, les rythmes du langage seul, et les manifestations de la psychomotricité générale. Il montre qu'on peut aussi observer la coexistence de plusieurs rythmes à la fois et conclut de ces faits à la non-existence d'un « centre de rythme » unique.

C'est également dans ce volume que fut publiée la remarquable étude de M. Ch. Blondel sur le *Suicide*, étude dont il a été rendu compte dans les *Annales Médico-Psychologiques* (octobre 1933, page 424).

Dans un article intitulé *Cyclothymie et Déséquilibre psychique*, M. Eugène Gelma discute les signes différentiels entre les accès à allure maniaque des « psychopathes » et les accès maniaques ou hypomaniaques purs, ou cyclothymiques. Il conclut qu'entre ces deux formes morbides qui apparaissent superficiellement identiques, il existe des différences d'étiologie, d'évolution et de pronostic, et que ces différences ont leur importance en médecine légale. Pour M. Gelma, les accès d'excitation ou de dépression des psychopathes constitutionnels ne sont que des exagérations pathologiques de réactions émotionnelles qui, chez des sujets normaux, ne dépassent pas les limites habituelles.

Etudiant deux cas de *Schizophrénie processive*, M. Alphonse Grassenmeyer, montre que l'activité quérulante n'est pas réservée uniquement aux persécutés-persécuteurs. En dehors même des analogies qui existent entre la paranoïa et la psychose maniaco-mélancolique (Specht), on peut trouver, bien que plus rarement, des manifestations quérulantes dans la schizophré-

nie. Ce n'est pas la nature du délire qui décide de l'évolution de la psychose.

A propos d'un cas d'aphasie glosso-psychique (aphasie paramnésique de Pitres), M. Marcel Heller conclut que la déficience verbale semble être due à des lésions corticales, tandis que les troubles de la syntaxe, de la production des séries paraissent, conformément aux conclusions de Kleist et de ses élèves, en rapport avec des lésions du mésencéphale, du noyau caudé, non seulement de l'hémisphère gauche, mais aussi de l'hémisphère droit.

Il faut signaler encore un volumineux travail de Mad. Haas-Hautval, intitulé *Contribution à la localisation des troubles psychiques post-commotionnels : les aphasies ; les bradypsychies* et basé sur six observations à propos desquelles l'auteur s'attache à la localisation de certains troubles aphasiques, ainsi qu'aux différentes formes et localisations de la bradypsychie.

Ces deux derniers travaux continuent la série des belles études du Professeur Pfersdorff et de ses élèves, sur les troubles du langage.

René CHARPENTIER.

**Étude clinique des démences infantiles**, par le Dr Jean DE CHABERT, Ancien externe des hôpitaux. Travail de la Clinique annexe de Neuro-Psychiatrie infantile de la Faculté de Médecine. Thèse Paris, 1934, 203 p., Vigot, édit.

Travail inspiré par M. Heuyer. Observations prises dans son service de la Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile. L'auteur situe — arbitrairement — la démence infantile à partir de 2 ans et jusqu'à 13 ans ; avant, ce serait, théoriquement, l'arriération mentale proprement dite ; après, la démence juvénile.

Il étudie successivement la paralysie générale infantile, les démences consécutives aux encéphalites aiguës ; les démences consécutives à l'encéphalite épidémique ; les démences succédant à une intoxication ; la démence épileptique ; la démence traumatique ; les états démentiels associés à des syndromes neurologiques graves : tumeurs cérébrales, maladie de Schilder-Foix (sclérose cérébrale centrolobaire ou encéphalite périaxale diffuse) ; maladie de Marfan (paraplégie spasmodique avec troubles cérébraux d'origine hérédo-syphilitique) ; la démence infantile de Heller, caractérisée par son début à l'âge de trois ou quatre ans, l'existence de troubles de la parole soit au début, soit au cours de l'évolution, l'agitation, l'anxiété, la présence d'hallucinations, un état de démence progressive conduisant à l'idiotie ; la démence précoce infantile ou démence précocissime de Sancte de Sanctis.

Les démences consécutives aux encéphalites aiguës de l'enfance sont extrêmement intéressantes à connaître, d'autant qu'elles sont particulièrement fréquentes et encore mal connues. Nous pensons avec Comby que presque toutes les maladies infectieuses aiguës et les intoxications massives ou prolongées sont capables de déterminer un processus démentiel sur un cerveau infantile. Nous signalerons ainsi les encéphalites vaccinales, varicelleuses, coquelucheuses, scarlatineuses, morbillieuses, diphtériques, grippales, typhiques, etc. Ce qu'il faut savoir, en outre, c'est qu'une poussée d'encéphalite infectieuse de l'enfance peut guérir parfaitement en apparence, mais se réveiller ultérieurement et provoquer l'évolution, à l'adolescence ou même à l'âge adulte, d'une démence précoce catatonique ou paranoïde.

Roger DUFOUY.

Où en est la question des délires systématisés secondaires ? par André SOLAS, *Thèse Montpellier*, 1934. Imprimerie Marie Lavit. 1 Brochure in-8°, 71 pages.

L'auteur a repris la conception maintenant classique d'Anglade sur les délires systématisés secondaires, et il montre par de nombreuses et intéressantes observations le bien fondé des idées théoriques de son maître.

C'est un travail, qui apporte une contribution louable à une œuvre bien connue.

TOYE.

L'attentat d'Orsini. Étude de psycho-pathologique historique, par le Dr Marcel ROUGEAN (1 brochure in-8°, 80 pages, *Thèse Paris*, Le François, édit., 1934).

L'intéressant travail de M. M. Rougean est consacré à l'étude psychiatrique de l'auteur de l'attentat qui eut lieu le 14 janvier 1858 contre Napoléon III et l'Impératrice, à leur arrivée à l'Opéra qui se trouvait alors rue Le Peletier. Relatant d'abord les circonstances de l'attentat, auxquels prirent part Orsini et ses complices Pieri, Gomez et de Rudio, l'auteur étudie successivement l'enfance et l'adolescence d'Orsini, sa vie à Londres, la genèse du complot qui fit 156 victimes dont 8 mortellement blessées, et le procès qui se termina par 3 condamnations à mort : Gomez ayant bénéficié des circonstances atténuantes, fut condamné aux travaux forcés à perpétuité. Sur l'intervention de l'empereur, la peine capitale de Rudio fut commuée en celle des travaux forcés à vie.

M. Rougean considère qu'Orsini, dont il met en lumière l'orgueil démesuré, la méfiance, l'inadaptabilité, la fausseté du jugement, était un paranoïaque. Il le classe parmi les vrais régicides de Régis et parmi les régicides mattoïdes de Lombroso et Laschi.

Dans cette monographie, écrite sous l'inspiration de M. Lévy-Valensi, on trouvera, avec un portrait d'Orsini, l'exposé très clairement résumé des événements qui faillirent coûter la vie à l'empereur et à l'impératrice, dont la voiture fut littéralement criblée d'éclats des bombes lancées par Orsini.

René CHARPENTIER.

Recherches sur les troubles hépatiques dans les maladies mentales (en tenant compte en particulier des relations entre le fonctionnement hépatique, l'évolution clinique et les variations de l'alimentation chez les schizophrènes) (Leberuntersuchungen bei Geisteskranken), par Ottar LINGJAERDE. *Fascicule spécial des Acta psychiatrica et neurologica*, 319 pages, édité chez Levin et Munksgaard, Copenhague 1934.

Cette monographie est le fruit des recherches poursuivies par l'auteur depuis 1924. Les résultats obtenus par des analyses répétées, pratiquées sur un très grand nombre de malades, ont été contrôlées en outre par des examens, également nombreux, de sujets sains. L'étude est divisée en deux parties. La première est consacrée aux résultats statistiques. L'auteur a recherché l'urobilinurie, la cholurie, l'hyperbilirubinémie, l'épreuve à la bromesulfaléine ; un chapitre traite des lésions anatomopathologiques. Les résultats sont brièvement résumés à la fin de chaque chapitre, et l'auteur dégage, de cette première partie, les conclusions suivantes :

*A. Schizophrénie :* Les troubles hépatiques sont fréquents dans la schizophrénie ; ils se manifestent par l'urobilinurie, la cholurie, l'hyperbilirubinémie, l'épreuve positive à la brousesulfaléine. Les altérations histopathologiques sont de règle, soit sous forme d'atrophie combinée peut-être avec une hypoplasie constitutionnelle, soit sous forme de dégénérescence parenchymateuse (d'origine toxique ?). On doit donc réellement admettre que les troubles hépatiques observés sont l'expression d'une déficience d'origine pathologique.

Les troubles hépatiques sont constatés surtout au cours des phases « actives » (évolutives) de la schizophrénie, ils sont combinés, le plus souvent, avec un syndrome amentiel, la sous-alimentation, la perte de poids. L'auteur les a rencontrés chez 80 0/0 des malades, on ne peut donc parler de complications dues au hasard. Par contre, les fonctions hépatiques sont normales pendant les phases « inactives » (d'état stationnaire) de la schizophrénie ; on ne rencontre des perturbations que dans des cas de démence profonde. L'intensité des troubles hépatiques semble être en rapport avec la durée de la maladie, le fait est démontré en ce qui concerne l'urobilinurie.

Les résultats n'autorisent pas à préciser le rôle pathogénique des troubles hépatiques dans la schizophrénie ; tout ce qu'on peut dire, c'est que ces troubles sont parfois suffisamment graves pour pouvoir provoquer des perturbations psychiques et des processus dégénératifs au niveau des centres cérébraux.

Certaines observations permettent de conclure au rôle de la sous-alimentation dans la production des troubles hépatiques.

On peut invoquer également, pour expliquer certains symptômes, une intervention du système réticulo-endothélial.

*B. Autres maladies mentales :* Des troubles hépatiques ont été rencontrés dans la psychose maniaque-dépressive, la démence sénile, la paralysie générale, la psychose de Korsakow, les psychoses épileptiques, l'idiotie, la chorée d'Huntington, et dans d'autres affections organiques encéphaliques. Mais, le plus souvent, la symptomatologie s'est bornée à l'hyperurobilinurie. Les psychoses des débiles et les psychopathies constitutionnelles se sont montrées exemptes de troubles hépatiques.

La deuxième partie du travail est consacrée aux observations individuelles. Dans des chapitres successifs, l'auteur traite : les rapports des troubles hépatiques avec les phases cliniques, — la pathogénie des troubles hépatiques : sous-alimentation, intoxications entérogènes, — les rapports de causalité (en envisageant les différentes hypothèses possibles) entre l'insuffisance hépatique, la sous-alimentation et les troubles psychiques, — le traitement des troubles hépatiques et sa répercussion sur l'état mental. L'observation clinique confirme les résultats des recherches statistiques. Les troubles hépatiques apparaissent pendant les phases d'activité du processus schizophrénique et disparaissent pendant les phases inactives. Le rôle pathogénique de la sous-alimentation est évident, mais ce qui importe, avant tout, c'est l'apport insuffisant en hydrates de carbone. L'exagération de l'urobilinurie est la conséquence directe de l'insuffisance des réserves glycogéniques du foie. Celle-ci peut être due à une augmentation des dépenses hydrocarbonées ou à une déficience de la fonction glycogénique. Or, pendant les phases actives de la schizophrénie, il y a, non seulement insuffisance de l'alimentation hydrocarbonée, mais l'expérimentation prouve également que des quantités plus grandes

d'hydrates de carbone sont nécessaires que chez les sujets sains, pour maintenir l'urobilinurie à un taux normal. A côté de la sous-alimentation, il faut donc faire intervenir un trouble, soit local, soit général, du métabolisme des hydrates de carbone, en rapport possible avec les perturbations endocrinienne et neurovégétatives observées dans la schizophrénie. Enfin, dans certains cas, le foie est atteint de véritables maladies lésionnelles, toxiques ou autres. L'intoxication entérogène semble jouer un rôle important.

Quoi qu'il en soit, les troubles hépatiques observés au cours de la schizophrénie sont généralement des troubles secondaires. Ils peuvent cependant aggraver les troubles psychiques, provoquer parfois des poussées évolutives nouvelles, notamment des syndromes amentiels. C'est pourquoi il faut traiter les troubles hépatiques lorsqu'on les constate. L'auteur signale l'intérêt d'une alimentation riche en hydrates de carbone, avec, au besoin, injections de sérum glucosé et cure insulinique associée.

Une bibliographie de huit pages termine cette étude, aussi remarquable par la richesse que par le plan méthodique de son exposé.

E. BAUER.

**Les psychoses puerpérales**, par R. DUVAL. *Thèse Lille*, 1934, 95 pages. *Les presses Modernes, Paris*.

Désignant, par psychoses puerpérales, l'ensemble des troubles mentaux survenus au cours de la grossesse, de la puerpéralité et de l'allaitement, l'auteur expose, dans ce consciencieux travail suivi d'une abondante bibliographie, l'état actuel de cette importante question, confronté avec les 89 observations qu'il a pu suivre dans le service de son maître, le Professeur Raviart. Le chapitre étiologie et pathogénie, avec ses paragraphes, le terrain, les causes déterminantes, les intoxication et déséquilibre humoraux, l'infection, le chapitre aspects cliniques, les observations présentées en un tableau d'ensemble très clair donnant le diagnostic, la date d'apparition des troubles, le mode de terminaison, la durée, les antécédents, l'état général et les remarques obstétricales, sont à lire avec fruit. Dans le chapitre thérapeutique, l'auteur insiste sur la nécessité d'un traitement antitoxique dans les psychoses gravidiques, l'interruption de la grossesse ne devant se faire que quand la vie de la femme est en danger, sur la nécessité d'un traitement anti-infectieux par les méthodes habituelles, et la sérothérapie antistreptococcique. Il attire l'attention sur l'apparition, au cours du traitement, de troubles du caractère qui doivent faire redouter une évolution longue.

P. COMBEMALE.

**Les syndromes parkinsoniens en pathologie mentale**, par le Dr André BAUDARD, interne des asiles de la Seine. *Thèse Paris*, 1934, 96 pages, Jouve et Cie éditeurs.

Les troubles de la motilité sont fréquents dans les états d'aliénation mentale et leurs relations mutuelles sont tellement évidentes que Joffroy a pu parler de « myopsychies ».

Dans un certain nombre d'affections on a même pu constater des syndromes hypertoniques du type parkinsonien, en dehors de toute maladie de Parkinson ou d'encéphalite épidémique. Le Dr G. Petit estime à 50 % la pré-

sence des troubles parkinsoniens chez les aliénés atteints de syndromes psychopathiques variés (paralysie générale, démence précoce, psychose périodique) et son interne, dans sa thèse, s'attache à cette question.

Les deux symptômes majeurs du syndrome parkinsonien sont pour M. Baudard l'hypertonie ou rigidité musculaire, et la perte, complète ou incomplète, des mouvements automatiques ou associés ; ensuite, inconstamment, le tremblement. Les symptômes secondaires sont nombreux et variables, depuis longtemps décrits d'ailleurs : bradycinésie, kinésie paradoxale et akinésie brusque, akathisie, le faciès figé, la palilalie, les troubles oculaires.

M. Baudard constate de 71 à 85 % de parkinsonisme dans les psychoses anxieuses, plus de 50 % dans les psychoses mélancoliques et les syndromes hétéphréniques, et 40 % environ au cours des psychoses épileptiques, des délires d'interprétation, des psychoses hallucinatoires ou paranoïdes, des formes dépressives de la paralysie générale.

Personnellement, j'aurais plutôt tendance à séparer les troubles moteurs — indéniables — de ces diverses psychoses, de ceux constituant la maladie classique de Parkinson et le parkinsonisme post-encéphalitique ; ils n'ont pas, à mon avis, le même aspect ni la même évolution et ne seraient pas entièrement assimilables à ces derniers. Mais, de part ou d'autre, la preuve anatomique n'est pas encore faite.

Roger DUPOUY.

**Les troubles mentaux associés aux crises oculogyres dans les syndromes parkinsoniens post encéphalitiques**, par Georges ZAVITZIANOS. 1 brochure in-8°, 55 pages. Imprimerie Mari Lavit. *Thèse Montpellier* 1934.

Dans une excellente revue d'ensemble, l'auteur analyse les troubles mentaux qui s'associent aux crises oculogyres des parkinsoniens post-encéphalitiques. Chemin faisant, sont soulignées les relations de certains états parkinsoniens avec l'hystérie, qui ont fait l'objet des recherches de C. et O. Vogt et de Marinesco.

Une dizaine d'observations, très instructives, donnent à cet ouvrage un intérêt clinique indéniable.

L'auteur met en évidence le caractère hallucinatoire de certaines crises oculogyres, le sujet étant, dans l'intervalle de ses accès, parfaitement normal au point de vue mental, et apporte ainsi sa contribution au groupement des faits, dont ont besoin tous ceux qui s'intéressent à la pathogénie des troubles psycho-sensoriels.

TOYE.

**Le sentiment de l'éthique chez l'alcoolique (Étude psychologique)**, par E. STOERR. 1 brochure in-8°, 58 pages. Imprimerie de la Presse. *Thèse Montpellier*, 1934.

L'auteur insiste, avec beaucoup de vigueur, sur les troubles du sens moral observés chez l'alcoolique. Il appuie sa conception de la démence éthique, premier signe de l'atteinte psychique par le toxique, sur une quinzaine d'observations personnelles, où les réactions psychologiques du malade sont notées avec finesse. Après avoir brillamment brossé le tableau de l'alcoolique ayant perdu sa dignité humaine, ses possibilités sociales, fami-

liales et professionnelles, l'auteur s'indigne de la pauvreté de notre armement anti-alcoolique et d'une campagne qu'on a faite « sous le nom de Pasteur ».

Etude très personnelle qui fait honneur à son auteur.

TOYE.

**Astrologues, voyantes, cartomanciennes et leur clientèle. Enquête médico-psychologique sur la pratique commerciale de l'occultisme**, par le Dr L.-H. COUDERC, interne des asiles de la Seine, R. Pichon et Durand-Auzias. Ed. *Thèse Paris*, 130 p., 1934.

Thèse originale, amusante en même temps qu'instructive. Le Dr Couderc, désireux de pratiquer une enquête sur les astrologues et leurs clients, présumés *a priori* psychopathes, voire aliénés, a eu le front de s'improviser lui-même fakir, professeur de sciences occultes, et de faire passer dans les journaux une annonce similaire à la réclame de ceux dont il voulait étudier les procédés. Il s'est procuré par ce moyen 200 observations environ de « clients », sans compter celles de ses « confrères » momentanés.

Ceux que l'on consulte, mages, voyants, chiromanciens, tireurs d'horoscope, lisant dans la pensée, le marc de café, les tarots égyptiens, le sable ou le cristal, prédisant l'avenir, dévoilant tout ce qui est secret, donnant des conseils « infaillibles » pour obtenir « réussite, succès, retour d'affection, amour, mariage, santé, etc. », sont de toute évidence à la lecture de leur publicité et de leur correspondance des charlatans, pratiquant une escroquerie jusqu'à présent légale ; « ils vendent une science qu'ils ne possèdent pas, ils impressionnent par des titres qu'ils n'ont pas. Ils cherchent seulement à extirper quelques francs à des pauvres d'esprit, à des malheureux désespérés par la misère ou la maladie, à qui l'angoisse a fait perdre toute critique ». On peut en dire autant des cartomanciennes, des médiums, des suggestionneurs...

Ceux qui consultent ne sont pas tous des débiles, comme l'on pourrait croire. Un fort contingent de sots se retrouve forcément dans la clientèle des « diseurs de bonne aventure », mais la grosse majorité est fournie par des gens non démunis d'intelligence, des désespérés, « anxieux, obsédés, ruinés, malades, isolés, sans secours moral et matériel », ne sachant plus à quel saint se vouer et capables de se donner au diable s'il existait et pouvait les tirer d'affaire. Les aliénés, les délirants sont très rares.

J'ai lu avec un vif intérêt la thèse du « Professeur Merric ». Cependant, il est des cas troublants de « lucidité » extraordinaire, de télépathie, de télépsychie inexplicables et je serais curieux de lire une étude impartiale sur certains « guérisseurs » et sur la radiesthésie, de plus en plus en vogue.

Roger DUPUY.

## PSYCHOLOGIE

**L'Année psychologique** (Trente-quatrième année 1933), publiée par Henri PIÉRON (2 vol. in-8°, 1167 pages, librairie Félix Alcan, édit., Paris 1934).

Dans les nouveaux volumes de cette collection dont la publication, si régulièrement ordonnée sous la direction du Professeur H. Piéron, est attendue chaque année par tous ceux qui s'intéressent, sous ses divers



aspects, au mouvement psychologique international, on trouvera, selon la coutume, des mémoires originaux, des notes et revues et une riche collection d'analyses bibliographiques.

Parmi les mémoires originaux, il faut signaler une étude de M. Robert-H. Gault, d'Evanston, sur *les sens vibro-tactiles*. Dans ces pages, traduites par M. et Mme A. Fessard, l'auteur relate ses expériences poursuivies depuis 1923 sur la stimulation des sens vibro-tactiles et sur leur rôle dans ses rapports avec le langage parlé.

M. H. Piéron, s'attache à l'étude du *problème du mécanisme physiologique impliqué par l'échelon différentiel de sensation*. Envisageant successivement la relation de l'intensité de stimulation avec la fréquence des influx afférents, la relation de la fréquence des influx afférents avec l'intensité de la sensation, la discontinuité des niveaux de sensation et le substrat physiologique de l'échelon, les relations aussi de l'échelon différentiel avec le niveau de la sensation, M. H. Piéron conclut que les données histologiques, physiologiques et psychologiques actuelles peuvent s'accorder avec l'hypothèse fondamentale que la réaction perceptive de discrimination des intensités est fondée sur le nombre variable des esthésio-neurones corticaux transmettant, dans les zones associatives, l'excitation sensorielle qui leur est apportée par les influx afférents d'un conducteur spécifique, qualitativement individualisé.

MM. G. Durup et H. Piéron exposent la technique expérimentale et la méthode statistique qui leur ont permis l'observation et le calcul du *temps d'action des accroissements de brillance juste perceptibles*. Quelles que soient les variations individuelles, ils n'ont trouvé chez aucun sujet un décalage net du temps optimum en fonction de la brillance du fond. Cet exposé est suivi d'une note additionnelle de M. G. Durup sur *la méthode statistique de mesure*.

De ses expériences sur *les intervalles entre les lectures et leur influence sur la fixation*, M. Marcel Foucault conclut que l'hyperbole ascendante exprime la loi de fixation des souvenirs, l'hyperbole descendante exprimant la loi de l'évanouissement des souvenirs ou loi de l'oubli, et considère ces deux lois comme les lois fondamentales de la mémoire.

Etudiant, au laboratoire de psychologie pédagogique de l'Université de Louvain, *l'effet de la récompense différée sur l'apprentissage*, M. A. Zaganezyk montre que l'action de l'effet ne semble que faiblement influencée par le temps, par la durée du délai, que l'action de l'effet différé par une opération mentale est plus intense, et que cet effet a un caractère rétroactif. Au même laboratoire, le Dr R. Delaert, ayant examiné *l'intelligence des anormaux du caractère* à l'aide de divers tests, conclut de ses examens que les 53 sujets examinés se présentent comme des débiles mentaux ou au moins des intelligences inférieures. Il note une relation plus étroite entre les résultats scolaires et les tests Binet-Simon, d'une part, entre les résultats professionnels et les tests Pintner et Paterson, d'autre part. Pour l'examen des anormaux du caractère, il estime particulièrement utile d'employer des tests de performance et tout spécialement des tests d'images du genre des tests d'images à compléter de Healy.

Dans un important travail sur *la conduite psychologique devant l'effort mental imposé*, MM. S. Korngold et A. Lévy, à l'aide de 3 séries de tests collectifs d'intelligence, utilisent les données statistiques établies sur des résultats expérimentaux. D'une manière générale, l'attitude passive devant l'effort mental imposé peut être considérée comme l'indice d'une infériorité

intellectuelle absolue ou relative. Liée aux situations autant qu'aux comportements individuels, cette tendance paraît être toujours une manière caractéristique de réagir devant une difficulté trop grande. La tendance passive pourrait s'interpréter, en quelque sorte, comme une réaction de défense devant l'effort disproportionné.

Il faut citer encore, parmi les mémoires originaux, les recherches sur les sons de voyelles par P. Rucharski et, parmi les notes et revues, les remarques de M. H. Piéron sur *la perception du mouvement apparent* (à propos des théories « gestaltistes »), et celles de Mlle D. Weinberg et F. Fischgold sur *les variations des seuils auditifs en fonction de l'intensité initiale du stimulus*.

Tous ces travaux et près de 2.000 *analyses*, parmi lesquelles beaucoup sont consacrées à des travaux de psychologie pathologique et de physiologie du système nerveux font, de ces deux volumes annuels, terminés par l'utile *chronique* faite par M. H. Piéron, un instrument indispensable de travail. Cette collection a sa place marquée dans toute bibliothèque neuro-psychiatrique.

René CHARPENTIER.

## NEUROLOGIE

**Angiodynamique des membres et lésions du système nerveux de la vie de relation (Essai de classification clinique et de systématisation anatomique)**, par le Dr Robert LAFON. 1 Brochure in-8°, 263 pages. Travail de la clinique des maladies nerveuses (Professeur Euzière) et du laboratoire de Pathologie Expérimentale (Professeur agrégé Pagès). Thèse, Mari Lavit, édit., Montpellier 1934.

Dans une première partie, l'auteur rappelle les notions modernes élémentaires d'angiodynamique.

L'exploration de la dynamique vasculaire des membres fait l'objet de la deuxième partie. Dans l'examen de l'état vasculaire spontané, Lafon insiste sur l'interrogatoire, sur l'exploration cutanée (coloration, température) sur l'exploration vasculaire globale (pléthysmographie), sur l'exploration artérielle (sphygmomanométrie, oscillométrie et oscillographie, artériographie). Il expose également les méthodes d'exploration capillaire (tonométrie, capillaroscopie) et veineuse.

L'examen de l'état vasculaire provoqué par des épreuves mécaniques, thermiques, par des intra-dermo-réactions, par une exploration réflexe générale conduit l'auteur, après des examens complémentaires, à une exploration simplifiée et suffisante de l'angiodynamique.

La 3<sup>e</sup> partie est consacrée à l'analyse des faits cliniques et expérimentaux : lésions des nerfs périphériques et des racines, de la moelle, du bulbe, de la protubérance, lésions encéphaliques. Une discussion des rapports existant entre les troubles vasomoteurs et les actions locales termine ce chapitre.

Une synthèse clinique, où l'auteur envisage le complexe vasculo-nerveux qui préside à l'angio-dynamique comme constitué de deux étages centraux de régulation et de deux étages périphériques d'automatisme, constitue la 4<sup>e</sup> partie. Le tonus vasculaire à l'état pathologique, les modifications des réponses vaso-motrices et les syndromes de l'angiodynamique sont envisagés. La thérapeutique sera surtout dirigée contre la vasoconstriction.

La 5<sup>e</sup> partie de l'ouvrage est une synthèse anatomique, une systématisation de l'innervation vasculaire des membres. A une partie centrale constituée par le système nerveux vasculaire intra-axial, s'oppose une partie médullo-périphérique, le système nerveux vasculaire extra-axial.

L'auteur conclut à l'autonomie, au moins partielle, de ce dispositif nerveux régulateur de l'angiodynamique normale. L'étage central encéphalique préside à la régulation sympathique générale. L'étage central bulbaire règle la circulation générale. L'étage intermédiaire médullaire répartit les influences supérieures et régularise la vascularisation segmentaire. Enfin; à l'étage de distribution médullo-périphérique revient l'automatisme vasculaire périphérique. Ces divers étages sont étroitement liés, et des suppléances peuvent s'exercer à l'état pathologique. La tonicité et la réflectivité vasculaires, facilement explorées, sont souvent perturbées au cours des lésions portant sur le système nerveux de la vie de relation.

L'analyse clinique permet d'envisager des syndromes vasculaires de libération centrale, d'excitation centrale, de section périphérique, d'irritation périphérique et de libération médullaire. Cliniquement, il n'y a pas de paralysie vasculaire : il y a des modifications du tonus et des perturbations réflexes.

TOYE.

**Les centres nerveux intra-axiaux de la vie végétative. Etude anatomique, physiologique et physio-pathologique,** par R. DAVEAU. 1 brochure in-8°, 124 pages. Imprimerie Mari Lavit. Thèse Montpellier, 1934.

Dans cet important travail, fait au laboratoire du professeur J. Delmas, est exposé avec beaucoup de clarté l'essentiel de nos connaissances sur les centres intra-axiaux de la vie végétative.

Cette revue, qui porte le brillant cachet du maître qui l'a inspirée, sera lue avec intérêt par tous les psychiatres, qui y trouveront élégamment résumés les travaux des très nombreux auteurs cités dans la bibliographie.

TOYE.

## BIOLOGIE

**Recherches biochimiques sur des liquides céphalo-rachidiens de déments précoces,** par le Dr G.-P. TOYE (1 brochure in-8°, 46 pages, Imprimerie Mari-Lavit, Montpellier 1935).

Dans ce travail de la Clinique du Professeur Enzière et du Laboratoire de Pathologie expérimentale de la Faculté de Médecine de Montpellier, M. G.-P. Toye, continuant ses intéressantes recherches biochimiques dans la démence précoce hébéphrénocatatonique (voir *Ann. Méd.-Psych.*, oct. 1934, p. 446), rappelle ses expériences antérieures sur la catalepsie formique et donne ici les résultats de nouveaux examens du liquide céphalo-rachidien de déments précoces.

La présence d'acide formique dans les urines normales de l'homme et des animaux supérieurs, dans le sang artériel du chien (Slosse), l'a incité à rechercher s'il en existe également constamment dans le liquide céphalo-rachidien, ou si, au contraire, la barrière hémoméningée s'oppose à la dif-

fusion sous-arachnoïdienne d'un corps dont M. Grynfeldt et Mlle Simon ont souligné la neuro-toxicité.

De ses nouvelles recherches, M. G.-P. Toye conclut que l'acide formique constitue une étape dans le métabolisme des graisses, des hydrates de carbone et d'un certain nombre d'amino-acides. Il existe dans le sang et les urines normales. Expérimentalement, l'acide formique diminue le pouvoir pathogène du bacille de Koch et de sa toxine.

La neuro-toxicité de l'acide formique crée la dégénérescence muqueuse de la névroglie. L'animal intoxiqué présente de la catalepsie et un comportement spécial.

L'acide formique n'existe pas dans tous les liquides céphalo-rachidiens. M. G.-P. Toye ne l'a jamais trouvé dans les liquides céphalo-rachidiens d'idiots ou de malades atteints de paralysie générale. Il l'a, par contre, trouvé 18 fois sur 34 liquides céphalo-rachidiens de déments précoces, soit dans plus de 50 % des cas. Il y voit une justification de l'opinion de M. Paul Pagès qui propose de ranger les démences précoces ayant des rapports avec l'infection tuberculeuse dans le groupe des « paratuberculoses ».

S'il en est ainsi, M. G.-P. Toye émet l'hypothèse que la tuberculine à doses prudentes pourrait rétablir l'équilibre humoral perturbé. Il reviendra d'ailleurs ultérieurement sur cette importante question.

René CHARPENTIER.

#### Recherches sur la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose par le Dr Jean MAILLEFER. *Thèse Paris, 1934, 127 p., Le François, édit.*

Les relations de la démence précoce et de la tuberculose étaient connues depuis longtemps, mais l'on se demandait généralement laquelle des deux affections commandait l'autre ; était-ce la démence précoce qui se compliquait secondairement de tuberculose, par suite de l'inertie et du refus d'aliments qu'elle provoquait, ou bien était-ce la tuberculose qui, la première en date, déterminait le développement d'une démence précoce ?

Les travaux de ces dernières années sur l'allergie des hétérophéniques à l'égard de la tuberculose, la positivité chez eux des tuberculino-réactions et même parfois la présence, dans leur sang, de bacilles tuberculeux cultivables sur milieu de Löwenstein constituent des éléments importants d'appréciation sur la conception de certaines démences précoces, encéphalites tuberculeuses.

La thèse de Maillefer vient à son heure pour faire le point sur la question de la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose.

Dans l'allergie (après vaccination ou injection de sérum), c'est tantôt la phase immunisante, tantôt la phase sensibilisante qui l'emporte. Laissant de côté les diverses théories édifiées pour résoudre le problème de la sensibilisation à la tuberculose, nous ne retiendrons que les faits exposés dans cette thèse :

Tuberculino-réactions positives (cuti et ophtalmo-réactions) ; recherche des anticorps tuberculeux par les antigènes de Besredka, de Boquet et Nègre, et étude de la floculation des sérums par la méthode de Vernes à la résorcine ; recherche du bacille de Koch par l'hémoculture sur milieu de Löwenstein et par inoculation à des cobayes, soit du sang, soit du liquide céphalo-rachidien ; études expérimentales des réactions nerveuses chez les animaux en état d'allergie.

L'auteur expose enfin les résultats de ses recherches personnelles qui lui fournissent la preuve que la sensibilisation des déments précoces à la tuberculose est variable, dépendant à la fois de la graine et du terrain.

La recherche du bacille de Koch par hémocultures sur milieu de Löwenstein fut, dans les 18 cas où il le pratiqua, constamment négative.

Roger DUPOUY.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**Dix années de Progrès en Eugénique** (A Decade of Progress in Eugenics).

Documents scientifiques du 3<sup>e</sup> Congrès International d'Eugénique, tenu au Musée Américain d'Histoire Naturelle de New-York, 21-23 août 1932, 1 vol. in-8°, 531 pages, 28 planches. Édité par *The Williams and Wilkins Company*, Baltimore, 1934.

Les progrès de la prophylaxie mentale et de l'hygiène sociale ne pouvaient manquer de donner à l'eugénique un nouvel essor. Considérée d'abord avec ironie ou scepticisme, elle réussit à s'imposer rapidement grâce à la solidarité de médecins animés d'une foi agissante et servis par une réputation scientifique solide. D'abord isolés, les eugénistes se réunirent une première fois en Congrès à Londres, en 1912, sous la présidence du Major Léonard Darwin. Des meetings annuels avaient été prévus. En 1913, une réunion se tint à Paris. Après la guerre, la reprise fut immédiate. Le 3<sup>e</sup> Congrès International d'Eugénique se fixa à New-York, en août 1932, sous la direction du Dr. Ch. Benedict Davenport, et le présent volume nous permet de juger de l'importance des travaux effectués depuis 1921, date du 2<sup>e</sup> Congrès tenu à New-York également et présidé par le professeur Henry Fairfield Osborn.

Le compte rendu du 3<sup>e</sup> Congrès est remarquablement édité sous l'impulsion du Comité que préside M. Harry F. Perkins. Le texte des communications est suivi du catalogue de l'exposition aménagée au Musée d'Histoire Naturelle et de planches se rapportant à l'anthropométrie, aux généalogies, aux statistiques.

MM. Davenport, R. Gates, Richard H. Post et M. Boldrini proposent l'unification des documents anthropométriques. Ces communications sont suivies d'une étude de M. Bijlmer sur les groupes sanguins des diverses races aux Indes néerlandaises. M. Stanton recherche les moyens pratiques d'apprécier la transmission héréditaire des dons musicaux.

L'eugénique apporte un grand soin à dégager les résultats du mélange des races. M. F. Ramos établit un projet de contrôle des immigrants. MM. Henry E. Roseboom et Cedric Dover décrivent le métis indo-européen et ses défauts physiques et psychiques. M. W. A. Plecker considère que la nécessité de préserver l'intégrité raciale ne saurait faire de doute et montre les efforts de propagande tentés en faveur de cette notion dans l'état de Virginie. Le problème du développement de la population nègre dans les régions où le climat le favorise préoccupe les Américains. M. S. J. Holmes l'envisage pour la Californie et Mme Irène Barnes Taeuber examine les descendance de mariages entre Blancs et Nègres.

Dans de nombreux esprits, les problèmes de l'hérédité s'opposent à ceux de l'éducation. L'eugénique les concilie, comme le montrent M. G.-P. Frets

et M. H.-J. Muller. Des arguments sont tirés de l'étude des généalogies par M. Rudolph-M. Binder qui rappelle les cas de Grant et de Lincoln, servis dans leurs destinées par des dispositions héréditaires favorables et l'exploitation des circonstances opportunes créées par la guerre de Sécession. Il raconte l'histoire de la famille chinoise Soong. La vulgarisation de ces notions apparaît comme un excellent procédé d'éducation. Elle incite à généraliser l'usage des enquêtes généalogiques suivant les indications de M. Charles-C. Grove, complétées par les documents sur les conditions de vie d'après le plan de M. H.-F. Perkins. Le type humain idéal varie suivant ces conditions extérieures et l'éducation de chaque race exige leur connaissance approfondie, c'est à cette œuvre que contribuent les recherches de M. W. Carson Ryan sur les caractéristiques des Indiens d'Amérique et celles de M. Lester-R. Wheeler sur le développement des enfants vivant dans les régions montagneuses de l'Est du Tennessee.

Outre son activité constructive, l'engénique présente un côté qu'on pourrait qualifier de négatif. Elle poursuit l'amélioration de l'espèce humaine et elle vise, par voie de conséquence, à sa protection contre ses éléments nocifs. La stérilisation de certains individus tarés a été envisagée (M. Théodore Russell Robie). M. Paul Papenoe parle du mariage conseillé, orienté et M. Jon-Alfred Mjen, de l'utilité de l'examen et du certificat pré-nuptial. Les désastres de la dernière guerre sont envisagés du point de vu racial. M. Corrado Gini signale les qualités que l'état de guerre peut développer chez quelques-uns et l'influence bienfaisante que pourrait exercer une éducation s'inspirant de la discipline militaire judicieusement appliquée. Pour M. H.-R. Hunt, l'effet de la guerre chez les individus indemnes paraît être dysgénique. M. Théodore Szel aboutit à la même conclusion en considérant les résultats observés en Hongrie. M. Tage Kemp étudie les facteurs héréditaires favorisant les tendances à la prostitution.

Poursuivant méthodiquement leurs investigations, les congressistes arrivent à l'étude directe de la reproduction. Certaines maladies endémiques contractées autrefois par suite des mauvaises conditions extérieures, continuent à être transmises uniquement par hérédité. M. C.-G. Campbell cite le cas du goitre et M. Albert Ehrenfried celui de la chondrodysplasie. La diminution de la mortalité, qui sanctionne les progrès de l'hygiène dans un pays, indique un accroissement de la résistance infantile. La sélection s'élargit, comme le démontre M. Charles Herrman. L'allergie se transmet ; elle est parfois similaire. MM. Mildred Hoge Richard et Ray-M. Balyeat l'observent à propos de la migraine. Les causes de déficience peuvent devenir facteur de stérilité. M. Allan-Winter Rowe en apporte des preuves en signalant les insuffisances endocriniennes. M. Michael-F. Gnyer fournit une contribution à la question par l'étude des troubles ovariens et pituitaires.

L'eugénique se doit de favoriser la reproduction des élites. M. J. Sanders et M. Georges Schreiber estiment que des mesures seraient à prendre pour encourager la fécondité des êtres bien donés et M. C.-Ward Crampton donne les statuts d'une association aristogénique, tandis que M. Bernard Mallet préconise des moyens de réduire la fécondité des inadaptés sociaux. Mme Cora B. S. Hodson signale les dangers de l'industrialisation et déplore l'évidente contradiction des faits et des nécessités raciales. La moyenne des naissances des classes dirigeantes est trop faible. Ce fait, démontré

par Mrs Caroline-H. Robinson, est aggravé par les constatations de Mme Margaret-V. Cobb qui signale la diminution rapide du taux des naissances dans les familles où naissent des enfants très intelligents.

Depuis 50 ans, depuis que Sir Francis Galton initia les hommes de science aux premiers principes de l'eugénique, une énorme quantité de matériel a été accumulée. La lecture des travaux du 3<sup>e</sup> Congrès nous montre avec quelle ardeur les adeptes cherchent à découvrir des mécanismes et à préciser des causes qui ne nous apparaîtront peut-être clairement que dans un temps éloigné. Si les résultats pratiques ne correspondent pas au travail fourni, c'est que les progrès sont restés trop techniques. M. Robert Cook fait justement observer que l'eugénique est une affaire qui nous intéresse tous. Pour donner sa mesure, elle ne doit pas rester le secret d'un petit nombre. Il faut qu'elle s'impose par une divulgation incessante de notions simples et sûres. Peu nombreux sont ceux qui ont les moyens de contribuer à son développement scientifique, mais tous les médecins ont le devoir d'en vulgariser les principes.

P. CARRETTE

## ASSISTANCE

**Voyage au pays des déments**, par Georges IMANN (1 vol. in-12, 214 pages, Ferenczi édit., Paris 1934.)

Ce volume, d'une heureuse inspiration, réunit, sous une forme accessible au grand public, les éléments d'une enquête publiée naguère par M. Georges Imann, dans un quotidien sous le titre « La Cité stridente. Voyage au pays des déments ». Au contraire de tant d'enquêtes superficielles ayant seulement pour but la recherche du sensationnel, l'enquête de M. Georges Imann fut une étude patiente et sérieuse des faits. Elle mérite à ce titre d'être signalée à tous ceux qu'abuse certaine presse plus soucieuse d'attirer le lecteur que de le renseigner : ils y apprendront en particulier, les précautions prises par la loi de 1838 et qui rendent invraisemblables les inter-nements arbitraires.

Mis en éveil par la fréquence des délits et des crimes commis par des psychopathes, M. Georges Imann a voulu prendre contact avec les aliénés et avec leurs médecins. Et les ayant vus les uns et les autres, ayant partagé la vie de ces médecins d'asile, tant attaqués, si mal défendus, il rend justice à la science, à la conscience et à l'humanité de ces médecins, qui, parfois isolés dans des établissements éloignés d'un centre, n'ayant à compter que sur eux-mêmes, aidés d'un personnel dévoué mais souvent insuffisant en nombre, exercent, non sans danger, une carrière difficile, et consacrent leur vie à l'amélioration du sort des malheureux qui leur sont confiés. Les justes critiques exprimées par M. Georges Imann, à l'égard de certains asiles aideront sans doute à obtenir des améliorations qui s'imposent et auxquelles s'oppose trop souvent l'insuffisance des crédits attribués sur les finances départementales à des aliénés « qui ne votent pas ».

Pourquoi faut-il que l'auteur, montrant l'inanité des soupçons contre les établissements régis par la loi du 30 juin 1838, et tout en déplorant l'inexistence ou l'organisation trop restreinte de services ouverts, se fasse l'écho (page 36) de craintes analogues concernant les maisons « ouvertes ». Qu'il continue impartialement une enquête si bien commencée ; il se convaincra

encore davantage que l'assistance libre aux psychopathes est le complément nécessaire de l'internement des aliénés. Organisée depuis longtemps par les Maisons de Santé privées, parce qu'elle répond à un besoin, elle représente la plus importante des conquêtes modernes — et depuis longtemps désirée — de l'assistance aux malades atteints de troubles mentaux. Qu'il interroge les malades, les familles, les médecins. Tous témoigneront qu'il en est ainsi et que seule elle permet, dans des conditions favorables, le traitement précoce des troubles mentaux. Après cette nouvelle enquête, qu'il réfléchisse au lieu de traitement qu'il pourrait désirer pour l'un des siens dans l'éventualité d'un état dépressif après une période de surmenage intellectuel ou quelque choc moral. Continuant son œuvre utile, il luttera alors avec nous contre cette autre manière de « fausser dangereusement l'esprit du public ».

René CHARPENTIER.

## THÉRAPEUTIQUE

**Contributions à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique**, par M. COHN. *Thèse Lille*, 1934, n° 8, 64 pages. Rodstein. Librairie. Paris.

L'auteur explique dans les détails la technique employée et les résultats remarquables obtenus par les injections intraveineuses de sérum glucosé chaud associé à la chrisalbine, méthode thérapeutique signalée dans ces archives en décembre 1933 par son Maître, le Dr Hyvert, de Dury-les-Amiens. Il montre la nécessité, pour obtenir des résultats favorables, d'utiliser de grandes quantités de liquide, 1.000 à 2.000 gr. par jour en deux fois, et de chauffer le sérum à 45°-50°. Les effets heureux de la température tiendraient peut-être, pour une part, aux modifications que la chaleur exerce, comme l'a montré Barré, sur la tension intraventriculaire du liquide céphalo-rachidien. Par cette thérapeutique, l'amélioration du syndrome mental et du syndrome physique est progressive et rapide; l'azotémie suit une baisse continuelle et parallèle à l'amélioration de la maladie. Sur les 12 cas traités, 9 ont guéri, 1 a versé dans une psychose chronique, 2 sont morts : résultats remarquables quand on songe à la gravité immédiate et éloignée des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques.

P. COMBEMALE.

**Le traitement par l'atropine à hautes doses du parkinsonisme postencéphalitique**, par I. GOLSE, interne des Asiles de la Seine. *Thèse Paris*, 1934, Jouve et Cie édit.

Golse a bien voulu s'intéresser aux résultats que nous avons obtenus grâce à la méthode de Römer, et a lui-même essayé cette méthode chez des malades d'un hospice d'incurables de Limoges. Il a su se procurer une bibliographie très importante, pourtant presque exclusivement étrangère, car la méthode de Römer est encore peu connue en France. L'exposé des observations cliniques montre le grand intérêt du traitement atropinique. Il est suivi par une étude analytique. La méthode de Römer n'est évidemment qu'une méthode symptomatique, non curative, mais elle dépasse,



dans ses résultats, toutes les médications actuellement connues. Les troubles les mieux influencés sont la rigidité et les crises oculogyres, le tremblement est amélioré d'une façon plus inconstante, mais peut disparaître parfois ; la cure est restée sans effet sur un spasme de torsion, malgré son action favorable sur la rigidité hypertonique du côté opposé au spasme. L'action sur les troubles psychiques est incomplète : la dépression, la bradypsychie sont favorablement influencées, les troubles du caractère restent sans changement, d'où, chez les malades internés, souvent nécessité du maintien de l'internement malgré l'amélioration de l'état neurologique.

La méthode de Roemer est inoffensive, à condition d'observer les précautions indispensables. L'auteur passe en revue les petits accidents du traitement, faciles à juguler, qu'il s'agisse de ceux du début ou de ceux dus à des doses d'entretien excessives.

L'étude physiopathologique et pharmacodynamique est basée, en particulier, sur les travaux de Marinesco et de ses élèves, de Santenoi, de Bourguignon. Les théories modernes sur la pathogénie de la rigidité parkinsonienne font intervenir le dysfonctionnement neuro-végétatif ; les troubles neuro-végétatifs sont d'ailleurs fréquents chez les parkinsoniens ; l'hypervagotonie serait constante, et le pH sanguin est modifié dans le sens de l'acidose. Or, l'atropine et la scopolamine, paralysants du parasympathique ont, d'après Marinesco, une action parallèle sur l'hypertonie musculaire et le pH sanguin qu'elles modifient dans le sens de l'alcalose.

Il est à espérer que la thèse de Golse, bien documentée, contribuera à faire mieux connaître la méthode de Roemer, méthode intéressante par ses résultats, méthode nullement empirique, mais ayant des bases scientifiques, ainsi que l'ont affirmé Marinesco et Façon dans leur communication récente à l'Académie de Médecine.

E. BAUER.

## MÉDECINE LÉGALE

**Le crime instinctif** (Der Friebsverbrechen), par WALTHER RIESE. 1 volume de 136 pages, chez Hans Huber, Berne, 1933,

L'expertise psychiatrique des crimes et délits pervers et passionnels doit tenir compte des causes immédiates de ces crimes et des circonstances extérieures qui entourent leur déclenchement. Ces causes jouent un rôle capital dans la genèse du crime ou du délit, elles font partie de sa structure, elles doivent être prises en considération dans l'appréciation de la responsabilité du criminel. C'est ce que l'auteur essaie de démontrer dans ce livre, par l'étude analytique d'un certain nombre de cas intéressants ; il a eu à expertiser lui-même quelques-uns d'entre eux ; quant aux autres, il les discute d'après les documents contenus dans les dossiers de justice.

Un chapitre est consacré aux grands crimes des pervers sexuels ; l'auteur a choisi des exemples de marque : Kürten, le vampire de Dusseldorf et Haarmann, le boucher de Hanovre. Un autre chapitre traite du cas Angerstem, assassinat de 8 personnes dont la femme du criminel, au cours d'une seule nuit. Les petits délits sexuels (attentats à la pudeur, etc.) sont traités dans un chapitre à part, de même que les crimes passionnels (meurtres par dépit ou vengeance d'origine amoureuse).

Dans tous ces cas, l'auteur retrouve les mêmes caractères frappants qui donnent à l'acte un aspect d'automatisme : brusquerie du déclenchement, rapidité du déroulement, sensation d'assouvissement, de soulagement, après l'accomplissement ; aspect stéréotypé en cas de récidive ; contraste entre le comportement pendant le crime et celui dans l'intervalle ; absence ou insuffisance de motivation, du moins de mobiles conscients. Ces caractères sont particulièrement frappants chez les criminels pervers récidivistes. Souvent, les crimes sont ressentis par eux comme des phénomènes étrangers à leur personnalité, des phénomènes parasites, et l'auteur pense que ce fait explique certaines dénégations absurdes et maladroites contre l'évidence même.

Ainsi le crime instinctif — l'auteur réunit sous cette dénomination les crimes des pervers et les crimes passionnels — apparaît, en partie au moins, comme le résultat de facteurs indépendants de la volonté consciente, comme un acte automatique, produit par des excitations qui ont leur origine dans la situation ambiante au moment du crime ou immédiatement avant lui (Aktualreize).

Faut-il conclure à l'irresponsabilité des criminels instinctifs ? La vieille discussion entre psychiatres et juristes, et entre les psychiatres eux-mêmes, apparaît sous un aspect nouveau. Mais ce qui importe, ce n'est pas de conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité, mais c'est de faire une mise au point de la notion de responsabilité, de lui donner une définition nouvelle en harmonie avec les acquisitions psychologiques modernes.

L'étude se termine par une enquête sur les législations allemande (décisions du Tribunal d'Empire) et suisse.

E. BAUER.

## JOURNAUX ET REVUES

### MÉDECINE LÉGALE

**La structure biopsychologique du crime instinctif** (Der biologisch-psychologische aufbau des Triebverbrechen), par W. RIESE. Communication à la Société Suisse de Neurologie, 20-5-1933. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 1, 1934.

Au même titre que n'importe quel acte normal, le crime a une structure, dont il importe d'apprécier tous les éléments. Au centre de cette structure, il y a la personnalité du criminel, avec ses caractères innés et acquis, ses origines, son histoire, son évolution. Elle explique les tendances criminelles, la possibilité du crime, elle ne suffit pas à expliquer sa réalisation. D'autres facteurs interviennent, font partie intégrante de la structure biopsychologique de l'acte criminel, et ces facteurs jouent un rôle particulièrement important dans la genèse des crimes instinctifs (crimes des pervers sexuels et crimes passionnels).

Le nombre de ces facteurs est relativement restreint, ils impriment aux crimes instinctifs des caractères communs, en particulier des caractères

d'automatisme. Il est possible de décrire un aspect-type des crimes instructifs, et tous répondent plus ou moins à ce type: Les éléments qui déterminent ainsi les crimes pervers et passionnels dans leur genèse et leur aspect, se groupent facilement en 3 catégories; 1° altérations biologiques et psychologiques passagères précédant de peu l'exécution de l'acte criminel (infections légères, fatigues, insomnie, menstruation, etc.); 2° variations climatiques et saisonnières; elles expliquent certains phénomènes de périodicité; 3° la situation ambiante au moment du crime; elle engendre ces excitations réflexes, « réflexes de situation » (Situationsreize, Aktualreize) sous l'effet desquelles le sujet n'agit plus, mais *réagit* à la manière d'une machine, d'un automate. L'auteur décrit les réflexes de situation, optiques, acoustiques, tactiles.

E. BAUER.

**Les possibilités de traitement et de rééducation des anormaux à tendances antisociales**, par Louis VERVAECK. (*Revue de Droit pénal et de criminologie*, avril et mai 1934).

Une expérience de trente ans permet à l'auteur de conclure sans hésitation qu'il n'est pas en prison plus d'un tiers de sujets disposant complètement de leur libre arbitre, ayant la pleine conscience de la portée de leurs actes et une volonté suffisamment libre pour les accomplir. De même les anomalies héréditaires pures semblent être moins nombreuses que les tares blastotoxiques, constatation qui doit retenir l'attention, car ces dernières, dues à une cause tératogène moins ancienne et moins profonde, sont aussi moins rebelles au traitement et à l'éducation que les premières.

On peut synthétiser comme suit les grandes lignes du traitement des anormaux adultes à réactions antisociales.

Dans le domaine médico-psychiatrique: utilisation des méthodes modernes de la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses; traitement de l'état général et des troubles endocriniens, ainsi que des affections microbiennes et organiques qui déterminent souvent des troubles morbides épisodiques et peuvent influencer de manière fâcheuse leur caractère et leur émotivité.

Dans le domaine de l'hygiène: développement de toutes les modalités de l'exercice physique.

Dans le domaine professionnel: apprentissage d'un métier en rapport avec les capacités physiques et les aptitudes mentales de l'anormal, en tenant compte du fait que ce travail doit pouvoir être continué dans la vie libre et lui permettre de subvenir à ses besoins et de mener une existence familiale normale. Dans la mesure du possible, le travail agricole ou, tout au moins en plein air, devra être choisi pour les anormaux, notamment pour les débiles d'esprit, les épileptiques, les hystériques et les toxicomanes; malheureusement la réalisation de ces desiderata rencontre de sérieuses difficultés pratiques, en ce qui concerne la surveillance des anormaux, en vue notamment de prévenir les évasions.

Dans le domaine de la psychopédagogie: complément de l'instruction; redressement des tares du caractère; discipline des instincts; maîtrise des passions; inhibition des impulsions; lutte contre les penchants pour l'alcool et les toxiques; formation de la volonté; développement de l'affectivité et du sens moral; éducation de l'émotivité; discipline de l'ima-

gination dont les déviations chez les névropathes surtout, expliquent les mythomanies, inventions, mensonges et exagérations.

Enfin, il est un point capital dans le traitement des délinquants anormaux : c'est la nécessité de compléter l'action médicale, pédagogique et morale qui s'est exercée, avec des fortunes diverses, durant la période de leur internement ou de leur peine, par une surveillance psychiatrique régulière et une tutelle sociale attentive. Sans ce complément, aucun résultat stable ne saurait être espéré et l'on peut, sans aucun scrupule, poser en axiome que libérer un anormal, sans qu'il soit soumis à ce double contrôle est une erreur grave, tant au point de vue de l'intérêt social que de l'intérêt du sujet lui-même ; la récidive sera en quelque sorte fatale ainsi que l'expérience le prouve.

Quels enseignements peut-on retirer des trois premières années d'application de la loi de défense sociale belge aux grands anormaux à tendances criminelles ? Plus d'un tiers d'entre eux n'ont pu être libérés à titre d'essai, malgré un traitement d'assez longue durée ; 17 pour cent n'ont pu être maintenus dans les sections à régime éducatif qui avaient paru à première vue pouvoir amender leurs tares ; près d'un cinquième des libérés à l'essai ont dû être réintégrés à l'établissement thérapeutique. Enfin, on peut prévoir que, dans un pourcentage important de cas, les anormaux devront y être maintenus très longtemps, sinon à vie.

Les possibilités de traitement psychopédagogique de rééducation morale des grands anormaux adultes à tendances criminelles sont donc assez réduites et leurs chances d'une réadaptation sociale stable sont précaires. Ce qui ne veut pas dire que l'on soit en droit de se désintéresser de leur sort. Nous devons agir à leur égard comme s'ils étaient curables et amendables ; alors seulement nous aurons accompli tout notre devoir social envers eux.

LAUZIER.

## PSYCHANALYSE

**La Psychanalyse vue d'Amérique**, par PH. DALLY. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 2, pp. 56-57, 31 janvier 1934.

MM. Léo Kessel et Harold T. Hyman ont publié l'année dernière les résultats de la psychanalyse pratiquée dans leur clientèle. Ils montrent la difficulté de la technique, la longueur du traitement et l'incertitude de nombreux résultats. Ces considérations inspirent à M. Dally des remarques judicieuses. La psychanalyse est aux mains d'un nombre restreint de spécialistes qualifiés et ne s'applique complètement qu'à des cas définis, peu nombreux. Souvent, elle opère comme suggestion et l'effet dépend plus de l'habileté du médecin que de la rigueur de la technique. Les conceptions freudiennes restent néanmoins la base nécessaire pour aborder de nombreux problèmes psychopathologiques. Elles peuvent inspirer une discipline, guider une rééducation. Le rendement thérapeutique réel de la psychanalyse est plus grand que ses succès apparents. Utile au malade, elle garde la faveur du public ; d'une application délicate, elle continue à inspirer une certaine méfiance au praticien.

P. CARRETTE.

**Homoérotisme et Paranoïa** (Homoeroticism and Paranoia), par A. A. BRILL: 89: Meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 5, pp. 957-974, mars 1934.

Depuis Freud, le problème des perversions sexuelles, délaissant dans une certaine mesure les facteurs organiques, s'applique à l'étude de caractères acquis dans des conditions anormales. La parenté du sadisme et de l'auto-érotisme surgit de nombreux faits cliniques. M. Brill montre l'importance du complexe d'Œdipe dans les psychonévroses. Double dans son expression, il a un aspect positif et un aspect négatif. Le garçon prend une attitude ambivalente. Le développement anormal consiste dans un comportement passif identique à celui de la fille : c'est-à-dire allure féminine vis-à-vis du père et hostilité devant la mère. La paranoïa et l'homosexualité en relation étroite, apparaîtraient comme une conséquence de l'évolution anormale du complexe d'Œdipe.

P. CARRETTE.

**Une interprétation psychanalytique de la constitution dans le syndrome de Graves** (A Psychoanalytic Interpretation of the Constitution in Graves' Syndrome), par Alex LORAND et Eli MOSCHOWITZ. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, n° 2, pp. 136-152, février 1934.

La maladie de Graves-Basedow s'observe surtout chez la femme adulte et dans les races très civilisées. Elle présente un côté social et un côté physiologique à étudier. Les auteurs notent l'influence de l'émotivité exagérée, des complexes déprimants, la fréquence des conflits conjugaux et familiaux. Ces éléments observés avant l'éclosion du goitre et même après thyroïdectomie, doivent être traités en vue d'une réadaptation. La différence avec les troubles habituels des autres névroses tient à l'adjonction de phénomènes toxiques neuro-végétatifs et parfois d'une interréaction thyroïdo-thymico-lymphatique.

P. CARRETTE.

## NEUROLOGIE

**Polynévrite récidivante dans la grossesse et la puerpéralité affectant trois membres d'une famille** (Recurrent Polyneuritis in Pregnancy and the Puerperium affecting Three Members of a Family), par Charles C. UNGLEY. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XIV, n° 53, pp. 15-26, juillet 1933.

Les syndromes nerveux périphériques récidivants, sans cause apparente, sont rares. L'auteur présente 3 cas observés dans la même famille de lésion du neurone moteur inférieur, accompagnée de troubles sensitifs, à l'occasion de l'état puerpéral. Les localisations sont variables, touchant surtout les membres, débutant ou récidivant, soit au cours de la grossesse, soit peu après la naissance. La guérison survient constamment en quelques mois, complète ou à peu près.

P. CARRETTE.

**Polynévrite dite alcoolique. L'influence de l'insuffisance alimentaire dans sa production** (« Alcoholic » Polyneuritis ; Dietary Deficiency as a Factor in its Production), par George R. MINOT, Maurice B. STRAUSS et Stanley COBB. *The New-England Journal of Medicine*. T. 208, n° 24, pp. 1244-1249, 15 juin 1933.

Les auteurs mettent en doute l'origine éthylique unique ou primordiale d'un grand nombre de polynévrites dites alcooliques. Ils étudient chez leurs malades le problème diététique et considèrent le syndrome névritique comme une maladie par carence, probablement une avitaminose B. Les buveurs s'alimentent mal, n'ont pas d'appétit. L'insuffisance et le mauvais choix de nourriture se compliquent d'une assimilation défectueuse par gastro-entérite chronique.

P. CARRETTE.

**Névrite isolés d'un rameau sensitif d'un nerf mixte** (An Isolated Neuritis of one Sensory Filament of a Mixed Nerve), par Alfred GORDON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 77, n° 6, pp. 617-620, juin 1933.

Les cas de névrite sensitive isolée rapportés par les auteurs, concernent le plus souvent les extrémités supérieures du corps. L'exploration montre ici la correspondance exacte des notions anatomiques avec les troubles sensitifs observés. Ils siègent dans le domaine de l'auriculo-temporal. Les fonctions motrices du nerf maxillaire sont intactes. La cause est superficielle, mais il s'agit en général de sujets prédisposés, alcooliques, gouteux ou syphilitiques.

P. CARRETTE.

**Les ganglions sous-trapéziens et les névralgies du plexus brachial d'origine dentaire**, par Jean VEYRASSAT. *La Presse Médicale*, n° 52, pp. 1043-1044, 1<sup>er</sup> juillet 1933.

Certains prétendus rhumatismes scapulaires, des plexalgies brachiales tenaces sont en réalité d'origine dentaire par infection ganglionnaire du groupe trapézien. Les autres adénopathies cervicales donnent rarement lieu à ces algies et à ces spasmes. Les affections bucco-dentaires par la disposition des ganglions tributaires infectés irritent le plexus brachial ou le territoire du spinal.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

**Contribution à la structure du chiasma optique humain [Hémianopsie binasale. Étude anatomo-clinique].** (Contribucion a la estructura del quiasma optico humano [Hemianopsia binasal. Estudio anatomo-clinico]), par Manuel BALADO et Jorge MALBRAN. *La Semana Médica*, n° 38, pp. 797-807, 21 septembre 1933.

Le chiasma optique est le plus souvent lésé par l'intermédiaire de la selle turcique et présente des altérations médianes qui donnent l'hémianopsie bitemporale. Balado et Malbran ont observé des lésions latérales donnant un syndrome d'hémianopsie binasale et confirmant la systématisation, dans

le plan horizontal comme dans le plan sagittal, des fibres optiques. Les lésions latérales, marginales du chiasma sont dues à l'artériosclérose du polygone de Willis, à des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, du Pont, des ventricules latéraux, etc...

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude des tumeurs hypophysaires**, par G. ROUSSY et Ch. OBERLING. *La Presse Médicale*. N° du Quarantenaire 92, pp. 1799-1804, samedi 18 novembre 1933.

Les auteurs nous offrent dix-neuf photographies de préparations histologiques avec des commentaires qui complètent un texte très suggestif sur les adénomes hypophysaires, tumeurs fréquentes, chromophiles à cellules basophiles ou éosinophiles et chromophobes à structure trabéculaire ou alvéolaire, à cellules fœtales, à cellules de grosseur et enfin les adénomes mixtes. L'intervention chirurgicale doit toujours être complétée par un examen anatomique attentif afin de rechercher les caractères de malignité qui justifient la radiothérapie : épithélioma glandulaire, présence d'éléments atypiques avec un stroma conjonctivo-vasculaire grossier, cellules à noyau hyperchromatique ou monstrueux.

P. CARRETTE.

## BIOLOGIE

**Résultats de mesures hydrostatiques sur le liquide céphalo-rachidien du cadavre** (Resultati di misurazioni idrostatiche sul liquido cefalo-rachidiano del cadavere), par le Dr Ferdinando BARISON (Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, fasc. 3, 1933, p. 277 à 293.

Les mensurations pratiquées dans toutes les positions du cadavre révèlent qu'il ne s'agit plus de la pression intrarachidienne qui cesse dès la mort, mais du simple poids du liquide. Tous les éléments d'équilibre de ce poids qui se rencontrent chez le vivant ont disparu. Telle est la conclusion qui se dégage de cet article, de ses tableaux et graphiques.

Henri Ey.

**Injectons intraveineuses d'alcool : sa pénétration dans le liquide cérébro-spinal chez l'homme** (Alcohol Injected Intravenously : Its Penetration into the Cerebro-spinal Fluid in Man), par Henry C. MEHRTENS et Henry W. NEWMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXX, n° 5, pp. 1092-1099, novembre 1933.

L'injection d'alcool dans le sang agit sur le système nerveux et il est intéressant de savoir comment se produit cette action. L'examen du liquide céphalo-rachidien prouve le passage de l'alcool, tardif et avec élimination lente, mais plus rapide cependant dans la région sous-occipitale que dans le liquide lombaire. Si on maintient le niveau d'alcool sanguin pendant quatre ou cinq heures, l'équilibre ne tarde pas à s'établir entre le sérum et le liquide céphalo-rachidien. L'absorption s'effectue sans doute au niveau des plexus choroïdes à partir d'une certaine concentration. Les effets dépendraient donc de l'état de la perméabilité méningée.

P. CARRETTE.

**Courbe à type de blastomatose dans le liquide dans la réaction colloïdale au bleu de Berlin** (Curve a tipo blastomatoso nel liquor alla prova colloïdale del bleu di Berlino), par le Prof. V. M. BUSCAÏNO (Catane). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, novembre-Décembre 1933, vol. XLII, fasc. 3, p. 596 à 601.

L'auteur a tenté la réaction colloïdale au bleu de Berlin (cf. de Giacomo, même revue, 1927 et 1930), qui permet de distinguer 2 types de blastomatose, une courbe A (floculation dans les 5 et 6 tubes) et la courbe B (floculation dans les 5, 6 et 7 tubes) qui paraissent non spécifiques mais fréquentes dans les cas de compression intracranienne et intrarachidienne.

Henri Et.

**Urticaire anaphylactique déterminé par un lépidoptère, « l'euproctis chrysorrhea »** par Roger MIGNOT et Louis COUDERC. *Le Monde Médical*, n° 835, pp. 963-964, 15 octobre 1933.

L'insecte est extrêmement répandu. Il vit à Paris, sur les arbres, en colonies considérables. Les poils des chenilles ont des propriétés très irritantes. La manipulation ne cause d'abord aucun incident, mais après quelques semaines, l'urticaire anaphylactique est déclenché, d'autant plus violent qu'on s'éloigne de la date du premier contact, sans qu'on puisse déterminer la nature de l'agent causal des accidents observés.

P. CARRETTE.

## THÉRAPEUTIQUE

**Les indications thérapeutiques de l'hématoporphyrine**, par Jean VINCHON. *Le Monde Médical*, n° 835, pp. 997-1005, 15 novembre 1934.

L'hématoporphyrine, dérivée de l'hématine du sang traitée par l'acide chlorhydrique, possède la propriété de modifier les proportions de calcium et de potassium utilisées dans la circulation. Le métabolisme de ces 2 métaux paraît avoir une certaine importance dans les psychoses. Des expérimentateurs ont tenté de ramener à la normale le taux du calcium et du potassium sanguins. M. Vinchon conseille des injections tous les deux jours d'un ou deux centimètres cubes d'une solution à 0,2 0/0 ou l'ingestion de 30 à 50 gouttes par jour d'une solution à 0,5 0/0 d'hématoporphyrine. Il observe assez rapidement l'amélioration des troubles digestifs, la disparition des sueurs froides, des nuits plus calmes. Les états mélancoliques avec vagotonie sont les plus sensibles à l'action favorable du médicament : ce sont les formes simples avec stupeur ou anxiété. Les états complexes où les idées mélancoliques s'expriment par un délire agité, les réactions dépressives au cours de la sclérose cérébrale constituent des formes cliniques rebelles. L'avenir des malades traités par l'hématoporphyrine peut, sans doute, être modifié en renouvelant des cures de vingt jours, séparées par dix jours de repos. C'est donc un médicament précieux. M. Vinchon fait observer que l'excitation maniaque, la sclérose viscérale, les lésions neurologiques constituent des contre-indications, mais que, d'autre part, l'action tonique de l'hématoporphyrine est susceptible d'applications plus étendues et que son pouvoir sédatif sur le vague autorise son emploi dans certaines crises comitiales, migraineuses, asthmatiques.

P. CARRETTE.



**Observations cliniques et expérimentales à propos du traitement de la dépression mélancolique endogène par l'hématoporphyrine** (Observaciones clínicas y experimentales acerca del tratamiento de la depresión endógena y melancólica con hematoporfirina), par J. HÜHNERFELD. *La Semana Médica*, n° 51, pp. 2 37-2040, 21 décembre 1933.

Sous le nom de Photodyn, certains médecins utilisent depuis 1932 une préparation à base d'hématoporphyrine dans le traitement des états mélancoliques. M. Hühnerfeld a noté les résultats heureux obtenus avec des doses de 30 cgrs, en particulier dans les mélancolies psychogènes, les accès de dépression qu'il qualifie de légitimes. L'échec du traitement s'observe surtout quand on s'adresse à des cas complexes, par exemple à des associations schizo-dépressives. MM. Vinchon et Bourgeois publient des observations concordantes. Ils conseillent l'administration par voie buccale ou en injections. L'hématoporphyrine permet souvent de supprimer les opiacés et les barbituriques, ce qui est très utile si on veut bien considérer la faible toxicité du nouveau produit, son élimination rapide par les voies digestives et par les reins qui les suppléent dans les cas expérimentaux d'absorption massive.

P. CARRETTE.

**Résultats partiels de la bismuthothérapie endocrinienne dans la neurosyphilis** (Resultados parciales de la bismutoterapia endorraquidea en la neurosífilis), par Roque ORLANDO et Walter GROBLI. *La Semana Médica*, n° 51, pp. 1992-1998, 21 décembre 1933.

Les auteurs emploient le Bismuth en suspension huileuse à la dose de 0 gr., 07, tous les 10 jours, en injections intrarachidiennes. Ils ne considèrent pas cette pratique comme un traitement de choix, mais comme le complément de la malariathérapie. Leur expérience, très limitée, les encourage à persévérer ; leurs malades ont été améliorés et les réactions biologiques, en particulier celle de l'or colloïdal, évoluèrent favorablement.

P. CARRETTE.

**La di-iodo-tyrosine dans le traitement de l'hyperthyroïdisme** (La diiodotirosina en el tratamiento del hipertiroidismo), par Donato BOCCIO et Antonio E. TORRE. *La Semana Médica*, n° 50, pp. 1917-1919, 14 décembre 1933.

MM. Harrington et Randall ont démontré que l'iode absorbé se combine, dans le sang ou dans l'intestin, avec les produits de l'hydrolyse des albumines, spécialement avec la tyrosine, pour former la di-iodo-tyrosine. Cette substance est efficacement utilisée dans le traitement de la maladie de Basedow et dans l'hyperthyroïdisme. Elle permet d'enrayer la tachycardie, d'abaisser le métabolisme basal et d'obtenir une augmentation de poids. Ce n'est toutefois qu'un traitement adjuvant, car il faut en prolonger l'usage sous peine de voir réapparaître les symptômes.

P. CARRETTE.

**L'impuissance virile émotive et son traitement**, par P. HARTENBERG. *Journal de Médecine de Paris*, n° 9, 2 mars 1933.

L'émotivité peut être une cause d'impuissance masculine chez les sujets déprimés, ayant des érections insuffisamment soutenues et rares. M. Hartenberg recommande de s'assurer d'abord qu'il n'existe pas de cause organique d'affaiblissement génital, puis il traite l'émotivité, stimule les fonctions sexuelles par l'administration d'extraits glandulaires, l'yohimbine, les toniques et l'électricité. Enfin, il recourt à la psychothérapie adéquate, qui consiste à conseiller au malade la pratique du coït dans des conditions de calme, de confort et de sécurité maxima, avec une partenaire stimulante, sans hâte, sans découragement en cas d'échec. L'auteur indique encore la nécessité d'écarter, dans la mesure où cela est réalisable, les circonstances adjuvantes défavorables : surmenage physique et intellectuel, pratiques sexuelles anormales, préoccupations, etc., et de prolonger le traitement tonique parallèlement avec la suggestion réconfortante.

P. GARRETTE.

**Etude critique du traitement des intoxications barbituriques par la strychnine**, par René MOREAU et J. STERNE. *La Science Médicale Pratique*, n° 5, pp. 156-160, 1<sup>er</sup> mars 1934.

Dans les cas désespérés d'intoxication aiguë par le véronal ou le gardénal, les auteurs ont obtenu des résultats par les injections intra-veineuses de 1 centigramme de strychnine toutes les heures. Il faut être prudent et ne pas prolonger le traitement. Des accidents tétaniformes peuvent se produire. L'antagonisme pharmacologique entre les barbituriques et la strychnine joue si le poison n'est pas fixé d'emblée sur le bulbe.

P. GARRETTE.

**Du mécanisme et du traitement des troubles organiques satellites des maladies mentales**, par Pierre DOUSSINET. *Le Progrès Médical*, n° 7, pp. 281-286, 17 février 1934.

On voit fréquemment dans les états psychopathiques des troubles physiques et biologiques qui, améliorés par certains traitements, paraissent lier leur évolution favorable à celle de la psychose elle-même. M. Doussinet cite le cas de l'oligurie, de la cétose, de l'hyperazotémie cédant à l'administration du salicylate neutre d'ésérine. La catatonie de M. de Jong trouvée dans l'urine est influencée par le mélange adrénaline-nitrate de pilocarpine, lequel agit sur le syndrome catatonique. L'auteur fait observer l'intérêt de ces recherches et en même temps l'incertitude de leur valeur pathogénique, car la découverte des poisons élaborés par l'organisme n'indique pas les causes de la susceptibilité du sujet, ni des localisations sur tel système, ni des déficiences endocriniennes et végétatives. Si le domaine de l'hypothèse reste étendu, les succès thérapeutiques sont encourageants.

P. GARRETTE.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 mars 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 mars 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule séance. Cette séance, exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 avril 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rous-selle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

### Centenaire de Magnan.

La Société Médico-psychologique a décidé de consacrer la *séance solennelle* du *lundi 27 mai 1935* à la célébration du *Centenaire de V. Magnan* (16 mars 1835-27 septembre 1916).

### Dîner annuel.

Le dîner annuel de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1935*.

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Nomination.

M. le D<sup>r</sup> PERRET est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Braqueville, à Toulouse (Haute-Garonne).

## Postes vacants.

*Sont déclarés vacants :*

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

## Concours pour 8 places de Médecin des Asiles publics d'aliénés.

Un concours pour huit emplois de *médecin* du cadre des *asiles publics d'aliénés* s'ouvrira à Paris, au Ministère de la santé publique et de l'éducation physique, le *lundi 29 avril 1935*.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au Ministère une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, de leurs états de service, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que les pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les *candidatures* seront reçues au Ministère de la santé publique et de l'éducation physique *jusqu'au vendredi 29 mars 1935 inclus*.

## Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France.

A la suite du décès du regretté D<sup>r</sup> René SEMELAIGNE, le Conseil d'Administration de l'Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France, a élu *président* le D<sup>r</sup> J.-M. DUPAIN.

Fondée par BAILLARGER, en 1865, reconnue comme établissement d'utilité publique le 7 novembre 1866, cette Association a pour but « de venir en aide à ses membres titulaires et à leurs familles tombées dans l'infortune ». Elle a son siège à Paris et se compose de *membres titulaires (fondateurs ou sociétaires)*, et de *membres honoraires*. Des veuves, des enfants, des confrères parfois sont secourus. Lorsqu'une infortune nouvelle est signalée, un secours est donné le plus promptement possible, et très discrètement, par le bureau de l'Association, sous le contrôle du Conseil d'Administration.

Les circonstances actuelles font à tous les psychiatres français un devoir de s'inscrire comme membre de cette Association. Les demandes d'*admission* doivent être adressées au *secrétaire* : D<sup>r</sup> SCHÜTZENBERGER, 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher).

Les *cotisations* pour 1935 (exigibles dès le mois de janvier) et les *don*s sont recueillis par Mlle le D<sup>r</sup> Elisabeth CULLERRE, *trésorière*, Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) et peuvent être adressés directement par *chèque postal* à l'adresse suivante : Paris, c.c. 1829-75, Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France. Les membres déjà inscrits sont priés d'envoyer d'urgence leur cotisation pour 1935.

Le BUREAU est actuellement constitué ainsi :

*Président* : M. J.-M. DUPAIN.

*Vice-président* : M. L. MARCHAND.

*Trésorière* : Mlle El. CULLERRE.

*Secrétaire* : M. SCHÜTZENBERGER.

*Membres du Conseil d'Administration :* MM. FRANTZ ADAM, COURBON, Ach. DELMAS, DESRUELLES, GUIRAUD, OLIVIER, PETIT, RAYNEAU, TRUELLE, USSE, VURPAS.

### Société médicale des Asiles de la Seine.

Composition du BUREAU pour 1935 :

*Président :* M. P. GUIRAUD (Sainte-Anne).

*Vice-président :* M. G. PETIT (Ville-Evrard).

*Secrétaire :* M. H. BEAUDOUIN (Maison-Blanche).

*Trésorier :* M. SENGÈS (Moisselles).

## HOPITAUX ET HOSPICES

### Hôpital de Saint-Nicolas-du-Port.

M. le D<sup>r</sup> COURTIER (Marie-Jean), ancien interne des asiles publics d'aliénés, est agréé comme médecin aliéniste de l'Hôpital-hospice communal de Saint-Nicolas-du-Port (Meurthe-et-Moselle).

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Société suisse de Psychiatrie.

La prochaine réunion de la *Société Suisse de psychiatrie* aura lieu à Wil (canton de St-Gall), les 11 et 12 mai 1935.

Cette réunion, sous la *présidence* de M. le D<sup>r</sup> FLOURNOY (de Genève), sera consacrée à l'étude de l'*épilepsie*. Les Rapporteurs seront M. le D<sup>r</sup> F. BRAUN (de Zurich) et M. le D<sup>r</sup> H. STECK (de Céry-sur-Lausanne).

### Ligue Nationale belge d'Hygiène mentale.

L'Assemblée générale statutaire de la Ligue Nationale belge d'Hygiène mentale, dont le Professeur G. VERMEYLEN est *secrétaire général*, aura lieu le samedi 9 mars 1935, à 17 heures, dans la Grande Salle du Centre de Santé, 1, rue Joseph-Stallaert, à Ixelles (place Georges-Brugmann), sous la présidence du D<sup>r</sup> ERN. DE CRAENE, *président*.

### II<sup>e</sup> Congrès international d'Hygiène mentale (Paris, 1936).

A ce Congrès, dont l'avant-programme a été publié dans le numéro de janvier 1935 des *Annales Médico-psychologiques*, le rapporteur de la question suivante : « *L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanes* », sera M. le Professeur BONVICINI (de Tulln, Autriche).

Ce rapport sera présenté à la séance de l'après-midi du mercredi 29 juillet 1936.

**ACADÉMIE DE MÉDECINE****Election.**

M. le D<sup>r</sup> O. CROUZON, médecin des hôpitaux, membre titulaire de la Société Médico-psychologique, vice-président du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, vice-président de la Société de Médecine légale, secrétaire général de la Société de Neurologie, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, est nommé membre titulaire de l'Académie de Médecine (section de médecine).

---

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.*

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### LE SENTIMENT D'INJUSTICE SUBIE EN PATHOLOGIE CRIMINELLE

PAR

ET. DE GREEFF

Si elle veut remplir intégralement le but qu'elle s'assigne, la psychiatrie criminelle doit dépasser la préoccupation diagnostique qui est celle de la psychiatrie d'asile. Il est permis à cette dernière de ne pas se préoccuper de psychopathologie générale et de négliger tout ce qui n'est pas « en soi » symptôme inquiétant. Mais, lorsqu'il s'agit d'adapter les données psychiatriques aux exigences de la défense sociale, et qu'on ne peut plus se retrancher derrière le critère social que constitue la plupart du temps le certificat de collocation, il faut pouvoir déceler aussitôt que possible la morbidité de telle manifestation, il faut pouvoir se représenter la signification et la puissance de tel processus. La psychiatrie criminelle s'adresse aux manifestations mentales malades longtemps avant qu'elles soient devenues des motifs d'internement : il suffit qu'elles jettent un trouble dans la vie psychique du sujet pour qu'elles retiennent notre attention, pour que nous nous efforçons d'en pénétrer à la fois le sens et le fonctionnement.

Parmi les groupes ou complexes pouvant révéler des tendances suspectes et pouvant éclairer le jeu des forces mentales poussant vers le crime, il nous a paru que l'étude du sentiment d'injustice subie (1) et la réaction à ce sentiment est une excellente manière d'aborder le psychisme d'un délinquant. Nul ne songera à prendre ou à proposer une mesure quelconque contre un individu suspect de troubles possibles ou présentant seulement des manifestations à signification douteuse, mais le fait d'avoir l'attention attirée sur tel détail empêchera souvent de prendre une mesure imprudente de faveur, libération prématurée ou conditionnelle et obligera le médecin de s'opposer, pendant le temps nécessaire, au contrôle de son pronostic, à toute mesure d'élargissement. Dans un traitement d'individualisation des peines, qui est en voie de réalisation, il est indispensable que le médecin ne procède qu'avec une grande sûreté de jugement et il importe de ne pas laisser échapper certains signes précieux. Nous pouvons en parler avec d'autant plus de franchise que nous avons été nous-même très souvent induit en erreur, et que cette étude est la réponse à une question que nous nous sommes posée en constatant qu'un nombre important de délinquants devenus malades mentaux dans la suite, déments précoces ou paranoïaques, étaient justement ceux, en faveur de qui, antérieurement, nous avions émis des jugements les plus favorables. Bien que ce ne fût naturellement pas une règle, les cas étaient cependant suffisamment nombreux pour que nous ne puissions les attribuer au hasard et nous avons pensé que quelque chose avait dû être mieux marqué chez ces délinquants que chez d'autres, quelque chose de favorable, puisque cela entraînait des appréciations de sécurité. D'un autre côté, pour toute une série de délinquants devenus aliénés, nous avons noté, — sans songer toujours au pathologique futur, — certains traits hypertrophiques de la personnalité, détails qui nous confirmèrent peu à peu dans la pensée qu'un psychiatre criminologiste qui connaîtrait vraiment son métier ne serait jamais pris au dépourvu devant la révélation d'une maladie mentale chronique. Or, l'essentiel est là : pouvoir craindre à temps.

(1) Ce procédé d'étudier toute une personnalité par rapport à un point de vue déterminé me paraît ressortir à l'étude de la personnalité par la méthode des questionnaires, tout en n'abandonnant pas le point de vue phénoménologique et psychiatrique. Devant un individu donné, elle nous forcera à comprendre l'individu en lui-même, plutôt que de le comprendre à travers une classification.



En étudiant le sentiment d'injustice subie en pathologie criminelle, il nous semble que nous pourrions retrouver une partie des détails qui nous ont frappé. Nous nous empressons de le dire, nous ne songeons nullement à exclure du cercle d'observation d'autres aspects tout aussi importants de la personnalité ; si nous avons choisi celui-là, c'est sans idée préconçue, ayant observé que nous y étions spontanément arrivé et nous disant, par le fait même, que c'était le complexe qui résumerait le mieux notre expérience ou qui se laissait le plus aisément étudier. Nous verrons, d'ailleurs, dans un premier point, par l'étude de ce sentiment chez les normaux, que l'attitude devant le sentiment d'injustice subie sonde de multiples aspects de la personnalité.

Il va de soi qu'il ne peut être question d'étudier le sentiment d'injustice subie à la manière descriptive en honneur dans la psychiatrie d'asile où les symptômes se révèlent de loin sans effort affectif de l'examineur. On ne peut étudier les réactions psychiques para-normales, sans adopter une attitude sympathique, sans établir un contact affectif entre sujet et médecin. contact dont le pôle d'attraction doit être situé chez l'examiné. Dans l'effort de captation des courants subconscients de son interlocuteur, l'arme principale du psychiatre sera son psychisme tout entier et non pas uniquement quelque catégorie de son esprit.

## I. NORMALEMENT

On est frappé, lorsqu'on entre en contact avec l'âme des criminels, du rôle qu'à joué dans leur préparation au crime le sentiment d'avoir subi une injustice, sentiment qui, à leurs yeux, légitimait leur réaction et même l'expliquait. Ce sentiment d'injustice subie entre à l'état pur, comme aliment principal de la jalousie homicide, dans plus de 20 % (1) des crimes passionnels et on le rencontre mêlé à d'autres sentiments dans près de 70 % des cas. C'est que, en dehors des cas nettement pathologiques où les déficiences ou déchéances du sens moral sont essentiels, tout homme, y compris le criminel, n'agit qu'après entente préalable avec sa propre conscience, qu'après accord avec lui-même et c'est par l'intermédiaire de ce sentiment d'injustice subie que le criminel relie son acte à son code moral.

(1) J. Tuerlinck. — *Essai sur le crime passionnel*, in « *Vlomsche Rechtskundigetydschrift* », mars-avril 1935.

La connaissance de la manière dont il a légitimé son acte peut évidemment nous apprendre beaucoup, et, normalement, nous ne pouvons pas trouver de cas où le coupable n'ait pas opéré cette justification.

Nous connaissons l'état où nous sommes lorsque nous avons subi ou croyons avoir subi une injustice. Laissons de côté, pour le moment, notre réaction sociale pour n'étudier que ce sentiment.

Nous savons d'abord que lorsque nous subissons quelque chose de désagréable et à plus forte raison un préjudice, notre toute première réaction, l'attitude instinctive, pourrait-on dire, est de l'attribuer à une intention. La réflexion n'intervient qu'après coup, la plupart du temps pour rejeter cette façon de voir, quelquefois pour l'admettre, mais le fond de ce problème réside dans la disposition innée et inaltérable de notre psychisme à doter les choses vivantes ou inertes qui nous atteignent d'une « volonté » bien ou malfaisante selon l'effet causé en nous. Cette disposition est heureuse et utile. Si nous regardons évoluer l'enfant, nous constatons que cette personnification des événements est à la base de ses processus de défense psychique ; mais chez l'adulte il est nécessaire que cette fonction ait subi les réductions nécessaire. Nous trouvons tout naturel qu'un jeune enfant frappe un jouet auquel il s'est blessé ; nous tolérons encore, vis-à-vis de nous-mêmes, qu'il nous prenne, avant toute réflexion, un mouvement de colère intérieure contre un caillou auquel, fatigué, nous avons réveillé un durillon, mais qu'un monsieur aille jusqu'à se fâcher extérieurement, déplacer ce caillou, le frapper du pied, ou simplement se plaindre de lui, nous sentons immédiatement qu'il y a là un déséquilibre, un désaccord, une réapparition ou une survivance infantiles.

Lorsque donc nous avons subi une injustice et que nous nous trouvons devant notre jugement « d'intention » chez son auteur, nous nous rendons compte du fait, dans la plupart des cas, que si le préjudice est certain, la question du préjudice comme injustice subie, c'est-à-dire comme réalisation d'une intention de nuire, est beaucoup plus obscure. Nous commençons par tenir compte de la personnalité de celui qui nous aurait offensé, nous essayons sur cette personnalité les différents processus psychiques simplistes que cette volonté de nous nuire lui supposerait et nous constatons s'il y a ou non, selon nous, correspondance entre ce que nous connaissons de cette personnalité et cet acte. La plupart du temps, nous ne trouverons pas de

correspondances et nous nous souvenons alors des cas où, également accusés d'injustice, nous n'avions agi qu'en conformité avec notre devoir ou par conscience professionnelle, et nous finissons par nous demander, si, accusant autrui de nous faire subir une injustice, nous ne sommes pas nous-mêmes injustes. Bref, dans la plupart des jugements que nous portons sur autrui, c'est-à-dire dans la plupart de nos sentiments envers autrui lors d'une injustice subie, il intervient des processus d'atténuation qui vont jusqu'à « dépersonnaliser » séparer l'acte de l'intention sous-jacente. En réalité c'est là un pur phénomène de compensation car nous remarquons bien que, pour les actes agréables, nous n'éprouvons nullement les mêmes scrupules à en attribuer l'intention à leurs auteurs.

En somme les éléments réducteurs semblent être ceux-ci :

— *La connaissance de certains jugements d'autrui à propos de certains de nos actes*, jugements qui nous ont appris le désaccord entre l'acte vu du dehors et vécu par son auteur, ajoutons-y — c'est un cercle vicieux nous le savons, mais le subissons quand même — la connaissance du peu de confiance que nous avons en la certitude de notre façon de voir dans ce domaine.

— *Le souvenir pénible que nous conservons des expériences de ce genre* : nous savons que dans certains cas où nous avons subi réellement une injustice voulue, il nous a malgré tout fallu une sorte de mauvaise foi pour persévérer dans notre jugement, pour légitimer une réaction à laquelle nous ne voulions pas renoncer et une sorte d'aveuglement pour résister aux suggestions qui nous incitent à cesser le feu affectif. Car il est rare dans la réaction la plus légitime en apparence, que nous ne profitons pas de cette apparence pour libérer certaines réactions provenant d'autre chose. Bien plus nous savons encore qu'il arrive que nous soyons incapables de générosité ou d'atténuations parce que nous portons à ce moment une charge de ressentiment accumulée en nous pour des raisons différentes.

En fait, tout cela est plus ou moins présent dans notre esprit et le sentiment de la relativité de nos jugements, du pourcentage de mauvaise foi et d'abus que nous glissons dans notre réaction légitime, nous incline à ne pas accepter de laisser entrer en nous et surtout s'y développer ce sentiment d'injustice subie.

L'expérience d'ailleurs nous aura appris qu'il est indifférent de connaître les intentions et par conséquent de les rechercher,

et que l'attitude indiquée par les moralistes, le pardon, qui semble à première vue une contrainte, réalise, en fait la meilleure des règles d'hygiène mentale, la meilleure sauvegarde de l'objectivité du jugement.

Il résulte de cela que normalement nous ne croyons pas facilement que quelqu'un soit volontairement injuste envers nous ; si nous acceptons toutefois ce sentiment, nous remarquons qu'à mesure que le temps passe le maintien de ce sentiment d'injustice subie en nous devient difficile, pénible et finalement cet effort que nous avons à faire enlève tout caractère agréable au sentiment primitif. Si nous voulons persister dans notre attitude, à mesure que le sentiment du vécu disparaît, nous intellectualiserons, schématiserons, et notre attitude cesse d'être affective pour se transformer en question de principe.

Quant à notre réaction extérieure, elle sera peu de chose : une froideur, une ironie à double sens, généralement une épreuve. Par la réaction de la personne visée, nous confirmerons ou infirmerons notre façon de voir. Mais la plupart du temps nous arrivons rapidement à conclure qu'il faut laisser tomber l'incident. Il est bien certain que c'est cette impossibilité d'arriver à la certitude de la malveillance chez autrui qui rend les rapports possibles entre les hommes dont cependant les intérêts sont souvent opposés : nous désintégrons, par compensation, l'activité de notre prochain, de sa personnalité réelle et nous attribuons cette activité non à sa volonté, mais à l'ensemble des circonstances et des nécessités auxquelles il lui a fallu réagir.

Ainsi se développe chez certains hommes et se renforce avec l'âge, l'habitude de ne pas passer de l'acte subi à l'intention de son auteur, ou du moins l'habitude de ne pas se comporter nécessairement, comme si l'intention ne faisait qu'un avec l'acte. Il s'établit de la sorte une zone de tolérance plus ou moins étendue dans les limites de laquelle, par compensation, nous ne réagissons pas à l'injustice par un sentiment durable d'injustice subie. C'est par une sorte de choix irrationnel que nous refoulons de la sorte un mouvement affectif.

Du moins nous venons de décrire un type possible. Nous insistons, c'est moins un type humain que nous décrivons ainsi qu'un type fréquent de réaction au sentiment d'injustice subie. A l'opposé de celui-ci il en est un autre, tout aussi normal et infiniment plus fréquent.

A l'opposé du groupe qui éprouve des scrupules à endosser au prochain l'intention hostile de ses actes et échappe ainsi au

sentiment d'injustice subie, nous connaissons un grand nombre de personnes qui n'hésitent jamais à attribuer à autrui, lorsqu'ils subissent par sa faute un préjudice quelconque, l'intention malveillante que le mouvement affectif normal leur suggère. Et, normalement, c'est ce dernier type qui impose son point de vue aux masses : les hésitations de quelques-uns sont sans importance.

De même que le premier type se trompe assez souvent en réagissant contre ce sentiment, de même ce second groupe se trompe souvent, en englobant régulièrement dans le même ensemble l'acte et l'intention. Mais, l'on ne parvient presque jamais à convaincre un homme présentant cette dernière attitude qu'il pourrait se tromper en accusant autrui d'injustice et de malveillance. Pour lui l'acte est là qui comporte en lui-même sa signification et ce type inférieur est en réalité le type habituel, celui qui donne le mieux la physionomie de l'humanité moyenne. Et comme nous nous décrivons nous-mêmes dans nos jugements, nous sommes en droit de penser que normalement et régulièrement la malveillance, atténuée si l'on veut, est un mobile fréquent de l'action. Cercle vicieux toujours, mais psychologiquement ou mieux « affectivement » inévitable, l'homme étant ce qu'il est le « sentiment d'injustice subie », à tort ou à raison, joue un rôle important dans les réactions sociales vues sous un angle suffisamment ample.

Toutefois dans l'acte par lequel il répondra à l'injustice subie, la malveillance n'existe pas comme telle, mais sous la forme d'un besoin de représailles, de réparation ou de vengeance nécessaires, une obligation de rétablir l'équilibre universel compromis si un acte « injuste » n'était pas vengé. Ressentiment et besoin quasi-organique de symétrie (la balance) forment des bases non uniques, mais importantes, du sentiment populaire de justice. Et, tandis que, si les actes suivaient exactement la pensée, l'élite de la population se laisserait massacrer sans défense (ils ne savent ce qu'ils font), les couches moyennes réagissant à toute injustice subie, finiraient par s'anéantir dans la recherche des « réparations ».

Heureusement, la réaction « pratique » à cette conviction affective est soumise à certaines influences. Il est évidemment certains individus, — zone de tolérance nulle, insuffisants ou malades, types primitifs ou dévoyés, — qui réagissent immédiatement et dont la réaction est en accord avec l'absolu du sentiment éprouvé. Mais, dans l'ensemble, sous l'influence des nécessités et de l'expérience de la vie, la réaction est différée,

et, à mesure qu'elle est différée, normalement, le sentiment s'atténue, le souvenir perd ses correspondants émotionnels, la réparation devient de moins en moins urgente, ses proportions se restreignent. Et nous pouvons dire :

— Normalement, la réaction sociale au sentiment d'injustice subie ne nécessite pas une réparation équivalente, mais tend à se constituer d'un acte qui révèle simplement qu'on réagit (c'est ainsi que la vengeance des morts se réduit finalement à un simulacre dans un grand nombre de sociétés primitives).

— Normalement encore ce besoin de réparation décroît avec le temps jusqu'à n'être plus concevable après qu'un certain temps s'est écoulé.

Les religions supérieures défendent ces réactions, mais, comme il est difficile de supprimer ce besoin de rendre le préjudice, on imagine que Dieu s'en chargera : réaction indéfiniment différée.

En somme, l'on peut dire que le sentiment d'injustice subie est une sorte d'assentiment donné par l'intelligence à la réaction instinctive. Cet assentiment n'est pas consenti chaque fois que l'occasion s'en présente et les deux types que nous venons d'étudier ne sont pas différents, mais sont déterminés par le fait que chez l'un cet assentiment de la personnalité sera rarement accordé, tandis qu'il l'est plus souvent chez l'autre. La personnalité se défend contre cet assentiment « au sentiment d'injustice subie », parce que, normalement, une fois admis, l'équilibre demande réparation. Une éducation se fait et normalement le « sentiment d'injustice subie » chez l'homme, ne se présente que pour les cas où il y va d'un certain intérêt.

La normalité accepte certaines différences dans cette limite: le chicanier (supposé non-malade) se croit lésé pour des vétilles; le rancunier maintient le ressentiment qui accompagne normalement le sentiment d'injustice subie, après un temps où, chez la moyenne des hommes, le ressentiment a perdu toute puissance effective.

La chose sur laquelle il faut insister, c'est que, dans le cours normal des choses, l'individu opère un choix et n'éprouve le sentiment d'injustice subie qu'à l'occasion de faits qui ont quelque importance et que ce choix, réponse à l'amorce instinctive, est sous la dépendance d'une sorte de censure qui opère un refoulement plus ou moins complet.

## II. ACCENTS PATHOLOGIQUES

Si sommaire que soit l'étude que nous venons de faire du sentiment d'injustice subie, chez les normaux, nous avons eu l'occasion de constater que l'attitude de l'individu devant ce sentiment est tellement complexe que les moindres anomalies dans la structure de la personnalité, dans son évolution ou dans la qualité de son fonctionnement, vont se traduire par des signes tangibles.

Nous avons vu que, dans les conditions habituelles, et avant toute intervention des centres supérieurs, il existe une disposition innée à considérer comme porteuses d'intentions les choses qui ne nous arrivent et que, normalement encore, parallèlement au développement et à l'enrichissement de la personnalité, à son expérience aussi, un choix est automatiquement opéré dans notre esprit entre les événements pour lesquels nous acceptons le sentiment qu'ils sont le reflet d'une intention, nous liant ainsi avec leur auteur, et ceux que nous enregistrons matériellement, même s'ils nous sont désagréables, sans nous soucier des rapports qu'ils pourraient avoir avec une volonté étrangère à la nôtre. Cette discrimination automatique, ou, si l'on veut, ce choix irrationnel est manifestement en rapport avec un ensemble fragile et il faudra très peu de chose pour le voir se modifier. Nous avons insisté suffisamment pour montrer que le sentiment d'injustice subie est chez l'adulte en rapport avec un acquiescement conscient au mouvement inné et réflexe et que ce sentiment d'injustice subie équivaut en quelque sorte à un jugement, jugement entraînant un besoin de réparation qui apparaît légitime à l'offensé, lequel, restant dans son geste de réparation en dessous de ce que l'offense lui permettrait de faire, se croit encore magnanime, après sa réaction.

Une simple augmentation de l'excitabilité du système nerveux (fatigue ou intoxication légère) va intensifier le réflexe inné de douer de vie ou d'intention un acte préjudiciable et va le produire pour des choses qui normalement se trouvent dans la zone de tolérance. D'où, le caractère insupportable et agressif des surmenés nerveux, la nervosité (troubles du caractère) de certaines femmes aux périodes menstruelles, les interprétations à sens persécutif que l'alcool donne parfois. Rien qu'une modification occasionnelle du nombre des faits qui sont retenus par la conscience, modifie parfois du tout au tout un caractère ; en éprouvant plus souvent que d'habitude le senti-

ment d'injustice subie, le sujet se sent brusquement dans une atmosphère d'hostilité ; comme il n'est pas conscient de son hypersensibilité (momentanée ou naissante), la modification constatée objectivement par lui est à mettre sur le compte de l'entourage, lequel aura tort vis-à-vis de lui. C'est dans ces déséquilibres passagers, parfois, que s'amorcent des situations et des conflits à longue échéance et ceci nous fait comprendre, avant même d'avoir constaté la moindre manifestation morbide en soi, l'importance que peut avoir dans la vie d'un homme l'existence de modifications dans sa sensibilité affective, l'existence de crises bénignes d'excitabilité, en un mot, l'existence de perturbations « anodines » prises en elle-même. Quand on parle d'hérédité morbide, de névropathie, de déséquilibre, on est tenté d'attendre les grandes manifestations de ces états, mais il faut bien savoir que la vie intérieure, l'équilibre social de ces sujets, peuvent être troublés profondément par des atteintes très légères, inobservables à l'examen psychiatrique ordinaire.

C'est ici qu'il faut se demander s'il est nécessaire qu'une perturbation soit d'ordre psychiatrique pour être retenue en criminologie. Pour ma part, je considère de plus en plus les troubles psychiatriques officiels (ou mieux standardisés), comme ne représentant que les lignes ultimes des déformations possibles et je ne suis pas très loin de croire que, loin de constituer le matériau fondamental des recherches psychopathologiques en criminologie, ils ne forment qu'un groupe de manifestations dégradées, à intérêt limité pour nous. La question de psychopathologie se pose bien avant qu'il soit question de pouvoir ranger un individu donné dans une classification reçue.

Nous parlions de fatigue, d'intoxication, passagère comme l'alcool par exemple. Il ne s'agit évidemment pas de troubles mentaux, mais il s'agit d'éléments qui peuvent amener un sujet à des sentiments et des pensées que, dans son état normal, il n'eût pas éprouvés. Supposons un homme qui souffre d'ulcère d'estomac ou de maux de tête continuels, sa sensibilité à toute gêne supplémentaire le rend plus vulnérable aux dommages qu'il subira éventuellement, et, du même coup, tend à modifier sa zone de tolérance au sentiment d'injustice subie, tend, par conséquent, à multiplier inutilement autour de lui les intentions hostiles. Il ne s'agit pas ici de délire, ni de troubles mentaux, mais d'un des innombrables changements qu'une souffrance continuelle amène chez un homme dans sa représentation du monde extérieur. Supposons cet ulcère chez un névropathe épuisé et voilà réalisé, par des réactions norma-



les, un pseudo-syndrome de persécution, susceptible d'engendrer des actes graves.

Nous ne songeons pas ici à apprécier le pourcentage d'irresponsabilité qu'une situation aussi banale comporte, mais uniquement à montrer, en éclairant un peu mieux le problème, que la psychiatrie des grands symptômes, pas plus que la grossière compréhension du code ne peuvent approcher d'assez près l'âme du délinquant.

Nous sommes d'ailleurs bien de l'avis que, dans la pratique, on ne peut s'arrêter à des analyses aussi minutieuses et que l'on est forcé, — actuellement du moins, — de ne pas tenir compte des détails. Ils existent néanmoins.

Mais les anomalies dans le sentiment d'injustice subie ne commencent à prendre de l'intérêt social que lorsqu'elles sont en relation, non plus avec un état passager de la personnalité, mais avec le fonds même de la personnalité, constituant finalement une manière d'être habituelle. Les tempéraments psychasthéniques ou schizoïdes et les tempéraments paranoïaques nous intéresseront surtout. Dans le premier cas les phénomènes se laissent surtout étudier dans l'ordre affectif, dans le second il est plus facile de les comprendre du point de vue intellectuel.

Les schizoïdes et les psychasthéniques (ces deux mots ne se recouvrent pas, sans doute, mais leur parenté est manifeste) présentent surtout des anomalies dans leur manière de « ressentir » l'injustice subie. Tout ce qui porte atteinte, non pas précisément à l'idée qu'ils ont d'eux-mêmes (car, jugés par eux-mêmes, ils ne se surestiment guère), mais à l'atmosphère fragile de sympathie et d'approbation qu'ils entretiennent autour d'eux et dans laquelle ils veulent vivre et à l'intérieur de laquelle ils se sentent absolus, est douloureusement ressenti par eux. Douloureusement ressenti, parce que cette atmosphère est volontairement silencieuse, calme, peu agressive, peu gênante pour autrui et que le fait qu'elle soit atteinte alors qu'ils ont tout fait pour ne provoquer personne leur semble une provocation. Que ce soit la perte d'un avancement auquel ils avaient droit et où ils sont évincés par un compétiteur moins scrupuleux, que ce soit l'éloignement d'un être cher, à qui ils demandaient si peu, mais entièrement ce peu, que ce soit une ironie, un geste d'incompréhension ou de mépris, rien de cela n'est ressenti comme tel, mais est ressenti à travers l'offense ou le dommage causé à l'atmosphère nécessaire à leur équilibre. Et, bien qu'ils se défendent de juger, ils sentent. Malgré eux, ils attribuent, à la personne qui cause leur douleur, une intention

ou ce qui est équivalent, une capacité de les faire ou laisser souffrir, égale à la souffrance ressentie. *C'est par l'intensité de leur souffrance qu'ils apprécient l'importance de l'intention chez le prochain. Ils ne parviennent pas à refouler « l'intention » du prochain et leur censure est débordée par l'irruption affective.*

Or, ces sujets, au début, se sachant en tort, ne réagissent généralement pas. On ne connaît donc pas dans leur entourage l'acuité avec laquelle ils ressentent la persistance de ces sentiments, l'effort réel et méritoire auquel ils se livrent, pour ne pas s'abandonner sans défense au sentiment d'injustice subie. Mais, malgré qu'ils ne réagissent pas, une certaine contrainte les glace auquel l'entourage est sensible et qu'il leur reprochera souvent, reproche qui viendra aggraver les choses. Le conflit prend donc cette allure : l'entourage ne comprend pas les contraintes et attitudes du sujet, tandis que celui-ci, souffrant de cette incompréhension y voit une nouvelle injustice. Les malentendus inexprimés s'accumulent, autour d'un point de départ, — une querelle d'amoureux, un fait mesquin aggravé on ne sait comment, — et finalement sans que l'entourage y comprenne rien, le schizoïde isolé dans sa souffrance et son hyperesthésie est certain, lui, que ce sont les autres qui ont tort, est certain d'être victime.

Sa sensibilité, en faisant de lui un être généralement plus délicat que son milieu, rétrécit encore sa zone de tolérance, et, tout en paraissant à l'entourage un homme incontentable et maussade, il voit cet entourage comme délibérément hostile et incompréhensif. Et c'est à cette vision factice et passagère qu'il réagit.

Ce comportement type que je viens de décrire est surtout celui des psychasthéniques constitutionnels (de certains du moins) et de tempéraments à tendances schizoïdes susceptibles de vie et d'évolution normales. Et, rarement, proportionnellement au grand nombre des constitutions et des problèmes sans nombre soulevés par elles (songeons, par exemple, au nombre immense de ménages où sont unis, ayant été attirés par leur mystère affectif, deux êtres dont la vie, une fois soumise au contact intime et journalier, ne sera qu'un entredéchirement muet et inavoué), ils en arriveront au crime : sujets des romans de Mauriac ou de Julien Green, de Bernanos aussi.

Mais un cas qui se présente souvent c'est celui d'une psychose paranoïaque ou d'une démence précoce se greffant sur un tempérament schizoïde. Pendant un certain temps, l'hyper-sensibilité persiste et même augmente, amenant donc, de

la part du sujet, le sentiment d'être victime de l'entourage. Aussi longtemps que le sens moral est intact, que la sensibilité morale fonctionne normalement, le sujet surveille ses réactions, s'inhibe, tolère. Mais qu'une démence précoce insidieuse apparaisse, entraînant inévitablement une désensibilisation morale (en attendant la désensibilisation affective), qui va permettre cette fois au schizoïde de réagir, de revendiquer, de redresser ces torts qu'il subit, et l'on voit apparaître une situation monstrueuse : d'une part, le sujet attribuant à l'entourage des torts qu'il n'a pas et n'étant pas à même d'être convaincu du contraire, ce qui écarte encore davantage de lui, et, d'autre part, exigeant, par tous les moyens que sa déchéance naissante lui suggère, que cette situation cesse. Imaginons qu'il s'agisse d'un couple, que ce soit l'homme qui chavire : il arrive un moment où la femme essaiera de se retirer, soit qu'elle le quitte, soit qu'elle recherche ailleurs les satisfactions qu'elle désire. A ce moment, la sensibilité du sujet est exacerbée, son atmosphère affective lui apparaît indissolublement liée à cette personne dont les torts sont grandis, vis-à-vis de lui, et l'orage affectif devient la règle, colères, ressentiment, tristesse d'être abandonné, tentatives dramatiques et puériles, coups, menaces, meurtres, avec le sentiment que la victime est en fait responsable de tout.

Quand on examine ces criminels (pris en eux-mêmes avant qu'ils n'en soient au stade de cynisme pur), on est frappé par leur caractère douloureux, par ce qu'ils ont souffert de la part de leur victime, par ce qu'ils ont supporté, — à leur point de vue, — avant de réagir, par la mansuétude dont ils ont fait preuve et le manque de compréhension ou de bonté qu'on leur a témoigné. Or, *ce que l'on découvre par là, c'est leur hyperesthésie*, c'est un aspect de leur tempérament, et non pas nécessairement, un signe de tolérance ou de longanimité. C'est en ne remarquant chez ces sujets que leur docilité relative, leur aptitude à souffrir qu'on se laisse aller à un mouvement de pitié bien compréhensible, et plus facile encore si, comme c'est souvent le cas, la victime ne présentait pas grand intérêt.

Mais, c'est là un point d'appui insuffisant pour juger d'un individu et cela m'a valu quelques belles erreurs de pronostic.

Devant un tel individu l'on se dit : il s'est trouvé avec son tempérament hypersensible dans une situation, où, par la volonté de sa victime, il a été poussé jusqu'aux extrêmes limites de sa résistance.

Et, naturellement, bien que je croie que de tels cas soient

rares, tout cela est possible. Aussi, certains schizoïdes bénéficient de circonstances atténuantes et, une fois en prison, par leur douleur et leur docilité (car ils ne réagissent pas à ce qui ne constitue pas leur indispensable atmosphère), ils sont l'objet de notes favorables. Quelques-uns les méritent, en ce sens, qu'ils ne représentent en soi aucun danger réel et que la situation dans laquelle ils se trouvaient était tellement exceptionnelle qu'il n'est guère de chance de la voir se reproduire.

Mais la pratique nous a appris que, pour délivrer un certificat de pitié à un hypersensible, *il faut que soit réalisé un examen à propos du sentiment d'injustice subie*. Quand le coupable continue après des mois à attribuer tous les torts aux autres, à se croire la réelle victime, ayant payé pour les fautes des autres, ceux-ci étant responsables de son acte, il faut se défier quelle que soit l'exquise sensibilité de son cœur, ses souffrances, son bonenfantisme apparent. C'est qu'il y a chez lui, soit comme fonds constitutionnel, soit comme élément évolutif, une tendance à l'interprétation, mêlée à d'autres troubles peut-être (hyperémotivité, obsessions, doutes, impulsions, lesquelles ne font qu'aggraver le tout d'ailleurs). C'est pour n'avoir pas sondé l'attitude de certains devant le sentiment d'injustice subie, qu'il m'est arrivé d'émettre des avis excellents concernant des individus qui, plus tard, le démentaient parfaitement.

Il y a donc à retenir que, très souvent, des pressions pathologiques simulent des dispositions affectives et morales favorables, comme c'est le cas chez certains schizoïdes, psychasthéniques ou déments précoces au début. Il importe de faire la discrimination, car, tandis que les doux hypersensibles, un instant dévoyés par des événements qui les dépassent, sont évidemment dignes d'intérêt et de faveurs, les autres continuent de présenter un danger réel. Comme il n'existe à ce stade aucun signe caractéristique d'ordre psychiatrique, il importe de rechercher, pour s'éclairer et éclairer l'avenir, le sentiment d'injustice subie. Souvent, plus souvent qu'on ne s'y attendrait, ce point de vue éclaire l'âme du détenu, ses polarisations principales, son mode habituel de censure, sa loyauté envers soi-même, et souvent nous forcera à ne pas céder au mouvement de pitié que la souffrance — il n'est pas de souffrance plus troublante et plus sentie que celle de ces personnalités morbides — soulève en nous.

Ce sentiment, certain d'être et d'avoir été la victime de l'entourage, alors qu'il est bien établi que ce fut l'inverse, est un des signes (et cela en dehors de toute tendance ou élément délirants), *les plus inquiétants que l'on puisse inscrire en marge d'une observation*.

La jalousie, et la jalousie morbide se présentent souvent sous la forme de sentiment d'injustice subie. L'amoureux jaloux estime, à tort ou à raison, qu'il est frustré, qu'il ne reçoit pas en échange la valeur de tout ce qu'il apporte, inégalité qui devient rapidement flagrante lorsqu'il existe de l'argent en jeu. C'est-à-dire qu'il y aura fréquemment des questions matérielles dans la jalousie, c'est-à-dire aussi que le sentiment d'injustice subie est plus résistant dans ce cas, parce qu'il est alimenté par un fait. Aussi si la haine, le ressentiment, la vengeance font partie du complexe de jalousie, un des éléments les plus constants et les plus dangereux, c'est ce sentiment d'avoir été frustré ou trompé, d'avoir perdu quelque chose injustement. C'est là le mobile profond, la cause de l'irréductibilité de ces drames passionnels chez ces hypersensibles, car, confondue avec la douleur engendrée par elle, cette injustice subie apparaît comme absolue, comme de nature à rendre impossible toute vie ultérieure, à moins de réparation.

Aussi convient-il toujours d'examiner à fond la psychologie du jaloux arrêté pour une menace sérieuse. Si l'on retrouve à la base de son acte le sentiment d'injustice subie, si c'est un schizoïde, il faut prendre garde, sa personnalité, son tempérament sont engagés à fond, le trouble de la pensée est assez net pour qu'on puisse affirmer que le processus va se dérouler inévitablement, si l'on ne tient pas le sujet en respect jusqu'au moment où sa personnalité sera suffisamment renouvelée pour que ce processus intoxicant fasse déjà partie du passé. Il existe, certes, de nombreuses formes de jalousie morbide : celle qui se présente comme préjudice subi est une des formes graves, inquiétantes et franchement dangereuses si elle relève d'un tempérament ou état schizoïde.

On peut comparer avec assez de points de conformité cette bouffée de jalousie morbide schizoïdique avec certaines bouffées de revendication. On sait combien il est difficile de démarquer une simple crise de revendication passionnelle, d'un état de revendication, ébauche et début à la fois d'un délire de revendication et d'interprétation. Nous croyons que, même lorsqu'on peut espérer qu'il ne s'agit que d'un état passionnel, il faut *une année* (1) pour y voir clair.

(1) E. DE GREEFF. — Menaces de mort chez le schizoïde et défense sociale. In *Journal de Psychiatrie et Neurologie*, novembre 1934.

Une année est également le délai prévu par les Sociétés d'assurances sur la vie. Elles assurent le suicide... dans le délai d'un an.

Normalement, le besoin de réparation va rapidement décroissant et cela d'après l'importance du préjudice subi. Normalement, cette réaction ne s'accroît pas à mesure qu'on s'éloigne, n'enrobe pas d'autres faits, et perd finalement toute force revendicatrice. Quand, au contraire, cette revendication dure des années, il s'y adjoint toujours des éléments intellectuels qui viennent aggraver le problème.

Une première catégorie d'individus suspects (en ce sens, l'expérience prouve qu'ils évolueront plus ou moins souvent vers le pathologique indiscutable), est donc constituée par ceux chez qui l'élément déformant est leur hyperesthésie à la souffrance, hyperesthésie qui aggrave et multiplie les cas d'injustice subie et les isole, en les dressant dans une attitude passionnelle et agressive. Ils accusent à tort l'entourage ou une partie de leur entourage, mais leur erreur ne provient pas du jugement, mais de la sensibilité qui tyrannise l'individu, l'envahit tout entier et les empêchent de se comporter autrement qu'en égoïstes absolus. Egoïstes par non-évolution de la sensibilité affective : les conflits sont très graves chez eux et mettent pour s'éteindre un temps très long.

Il ne suit nullement de ce que nous venons de lire que cette description du sentiment d'injustice subie constitue, d'après nous, un symptôme pathologique en soi. Mais c'est une manifestation assez facilement constatable (1) et qui, confrontée avec l'examen général de la personnalité, vient donner un sens aux mille détails, apparemment anodins, que cet examen peut relever. Quelques signes d'infantilisme psychique, sans grande importance : une nuance d'impulsivité sur un fonds concentré et méditatif, des traces d'obsession ou de phobie, une difficulté réelle à communier avec d'autres âmes, des souvenirs encore vivaces d'injustice subie antérieurement et vivant toujours au bord de l'âme sous forme de conflit inachevé, tout cela s'éclaire ou vient éclairer le sentiment actuel de l'injustice subie. Nous n'avons parlé que d'accent pathologique, mais c'est assez pour faire peur.

(1) Nous laissons en dehors de notre étude les cas, sans intérêt pour nous, des batailleurs moyens, réagissant par coups et blessures à toute difficulté. Il s'agit là d'un processus élémentaire, de types primitifs ou de malades, ou de précivilisés (régions sans communications suffisantes avec le reste du pays), par rapport au milieu général.

### III. CHEZ LE PARANOÏAQUE

On comprend, ou du moins on entrevoit, pourquoi chez l'hypersensible le sentiment de l'injustice subie peut amener de graves réactions : le trouble est en somme primitivement affectif, manie et libère les passions. On comprend même comment il se fait que ces mêmes sujets puissent être l'objet d'appréciations flatteuses, jugés par leur vie affective.

Mais on comprend mal pourquoi, par exemple, le paranoïaque jouira en général d'une excellente réputation d'honnêteté et d'honorabilité, pourquoi presque tous ceux qui tombent aux mains de la justice se voient protégés par des personnalités qui répondent d'eux. Et j'ai constaté qu'à une époque où je m'amusaïs des merveilleux certificats de moralité brandis par certains paranoïaques, j'émettais moi-même des avis de même nature concernant des individus devenus paranoïaques dans la suite. Dans ces avis favorables j'avais relevé l'honnêteté, l'intégrité morale, le sens de la justice de certains, lesquels devaient dépasser le niveau moyen pour être signalés. D'une part, il nous faut étudier le pourquoi de ces qualités, et, d'autre part, pourquoi elles ne suffisent pas à dépeindre l'homme avec assez de sécurité. Mais un autre problème est greffé sur celui-là, c'est celui de savoir, ou du moins de se représenter, pourquoi un paranoïaque qui a subi un préjudice réel ou supposé est plus dangereux qu'un autre individu ayant subi un préjudice identique. On répondra que c'est la maladie, comme l'eût dit Molière, mais il n'empêche que, pour agir sur une vie humaine, prolonger un internement, etc., il faut savoir pourquoi, comment, se représenter le danger. L'explication par la maladie ne satisfait pas du reste, car c'est précisément lorsque la maladie ne fait que commencer que le danger est le plus grand, tandis qu'il devient pratiquement nul, lorsque la maladie est en plein épanouissement et que le préjudice causé en fait par la défense sociale et par le délire est tellement vaste et définitif qu'il expliquerait alors très bien une réaction violente.

Il est aisé de dire que l'idée de soi-même domine, que « l'orgueil » domine et d'en faire une sorte de *deus ex machina*, morbide sans doute, mais bien vague, qui servira à tout expliquer. C'est sur l'orgueil et l'irréductibilité du paranoïaque qu'on se basera souvent pour expliquer ses actions. En fait, l'orgueil ne représente qu'un aspect de l'évolution morale du paranoïaque (il est lui-même un résultat et non une cause), et si l'on veut

se donner la peine d'analyser son évolution, on pourra retrouver quelques composantes simples de cet orgueil maléfique.

S'il est vrai que le paranoïaque subit un processus d'invololution de quelque nature qu'il soit (1), il est non moins exact que, pareil à tout individu normal, il réagit à la vision du monde que la maladie lui fournit. Le délire est déjà une création du malade, s'adaptant à sa déchéance ; son délire, c'est sa vision du monde et à cette représentation il va réagir, délibérément, par une transformation morale qui le mettra en accord avec lui-même.

Quand le malade, au début, se sent inquiet et traqué, remarque chez autrui une tendance à l'injustice et aux reproches, une de ses premières réactions c'est de se surveiller lui-même, au point de vue justice envers autrui. Et, avant qu'il ait manifesté la moindre idée délirante, il arrivera qu'on aura remarqué en lui une exacerbation du sentiment de justice envers autrui.

Etant la traduction dans le domaine moral du délire naissant dans le domaine intellectuel, cet accroissement du besoin de justice subit une marche ascendante comme le délire, revêt comme lui une forme obsessive et fixe, illumine uniformément la conscience.

Bref, dans la mesure où il éprouve l'inquiétude de l'hostilité extérieure, le malade réagit en s'efforçant de s'exposer le moins possible à cette hostilité et il se développe en lui un besoin de justice absolue, formaliste, qui influence manifestement sa conduite. Pendant toute la période prodromique (des années parfois), le paranoïaque (en le supposant antérieurement d'une honnêteté moyenne), réalise en lui le puritanisme de ses conceptions.

Il est rare qu'un paranoïaque, même déjà délirant, ne soit pas un très honnête homme, d'une intégrité à toute épreuve. Certes, l'idée ne nous vient pas d'attribuer à une maladie naissante ou à un tempérament la causalité exclusive d'une vertu aussi rare que l'intégrité, mais nous insistons sur le sens que tend à prendre l'évolution morale chez ces personnes. Cette intégrité, marquée surtout dans le domaine du mien et du tien, existe aussi dans la sphère sensuelle, dans la sphère des moyens à employer pour parvenir à ses fins, bref dans toute leur activité et c'est ce qui explique que le paranoïaque jouit des meil-

(1) Il est clair que nous n'envisageons ici qu'un aspect vraiment limité du problème et que ce n'est pas ce que nous constatons ici qui constitue en soi la maladie ou la cause de la maladie. Voir d'ailleurs les études classiques de ces questions.



leures références, est l'objet des plus flatteuses appréciations morales.

J'ai vu il n'y a pas si longtemps une commission psychiatrique libérer sur l'heure un paranoïaque dangereux, hébété par cette rutilance de justice. Et ceci nous amène à la question : n'y a-t-il pas moyen de déceler le caractère pathologique d'un tel besoin de justice aussi longtemps que le délire n'est pas formé ?

Je pense qu'il n'est pas possible d'être formel, mais qu'on peut suspecter le pathologique avec assez de probabilité pour maintenir une mesure prise (non pour en prendre une).

C'est qu'il existe un contraste entre ce sentiment différencié de justice et la conduite de l'individu. Avec ce sentiment-là, il devrait être sociable, agréable, au-dessus des contingences. Or, c'est en réalité le contraire. Ecoutez le curé, écoutez l'échevin communal, écoutez le médecin ou le seigneur du village : appréciations favorables et nettes. Ecoutez les voisins, la femme, les domestiques ou le patron : un homme insupportable.

Son besoin de justice, parfait quand il s'exprime en principe, se traduit, dans la vie pratique, par la difficulté à supporter le moindre détail non accordé à cette justice théorique, à supporter autour de lui — que cela le concerne ou non — une chose imparfaite. Contrairement à l'homme normal chez qui le développement régulier du sentiment de justice s'accompagne d'une amélioration de plus en plus marquée de ses relations sociales et de ses jugements concernant autrui, chez le paranoïaque, tandis que l'aspiration à la justice absolue grandit, la zone de tolérance se rétrécit, les difficultés de vivre se multiplient, et il se prépare ainsi un terrain terriblement spécial pour le développement d'un sentiment morbide d'injustice subie. Dans la prison comme au dehors, le désaccord existe entre la théorie et la vie. Bien apprécié par ses supérieurs, le médecin, le personnel supérieur qui ne voit que son esprit, il est au contraire regardé comme indésirable par les surveillants qui vivent à son contact et le subissent ; c'est un réclameur, un mouchard, un hypocrite et l'expression est fréquente : il a du venin dans le corps.

Il est donc important lorsqu'on étudie une personnalité, de ne pas se borner à signaler cette disposition heureuse en soi qui le pousserait à la justice absolue, *mais de rechercher dans quelle mesure et comment ce sentiment influence sa conduite*. Si ce sentiment en se développant multiplie les difficultés, complique l'existence, isole finalement l'individu, c'est qu'il

manque à ce sentiment de justice la base de générosité et d'indulgence, d'introspection aussi qui forme normalement ce sentiment, c'est qu'il s'agit d'un sentiment de justice, d'origine et de but strictement égotistes, évoluant sans contact avec la vie. On peut compter sur cette justice du paranoïaque pour lui confier son portefeuille ; on peut lui confier le coffre-fort d'une banque : on ne peut pas en faire un surveillant de travaux, ni un chef de service. Son besoin de justice servirait merveilleusement à des pesées d'êtres inertes : mais ce sentiment est trop pauvre pour lui permettre d'apprécier son prochain.

Nous parlons de paranoïaques. Mais en réalité nous n'avons affaire, à ce moment-là, qu'à un individu dont le sens de la justice, sa sensibilité à l'injustice subie, nous paraissent extrêmement marqués, à la fois dignes de respect et inquiétants, susceptibles de relier entre eux, sans passer par la pathologie, certains aspects de son activité : confiance exagérée en son jugement, idée exagérée de soi-même, entêtement, tendances à réformer... Généralement, le sentiment de l'honneur se développe en même temps et crée ainsi, en attendant le premier symptôme morbide, une personnalité, ayant encore toutes les apparences de la normalité, mais nourrie uniquement du besoin de justice.

C'est dire que lorsqu'on va toucher sérieusement à son être, l'injustice que subira ce personnage ne tombe pas sur un terrain commun : elle ne heurtera pas un simple individu, mais un principe abstrait fait homme.

Ce besoin de justice, inhumain comme une loi physique, qui en impose souvent à l'entourage, constitue, parfois pendant une longue période de la vie, le *leit-motiv* de l'existence de ce malade et fait de lui un véritable monstre d'équité. Car, fondé sur le besoin de se mettre à l'abri, fondé sur une compréhension toute externe des choses, il s'est élaboré en dehors de la vie même et n'a pour but, dans les desseins de la nature, que de permettre au « moi » sous-jacent de se livrer, avec une certaine sécurité, et sous un camouflage, à l'invraisemblable hypertrophie que la maladie lui réserve : c'est un sentiment de justice absolue au service du plus individuel égoïsme. Et c'est pourquoi ceux qui appréhendent ces sujets, en dehors du point de vue psychiatrique qui les réhabilite en les diagnostiquant, les trouvent inhumains et monstrueux.

Tandis que la personne normale qui subit une injustice ne se complait pas indéfiniment dans son rôle de persécuté, chez le pré-persécuté, c'est l'injustice qui réalise à ce moment-là l'expansion maxima de sa personnalité, et, par conséquent, il faut (vu

la conscience du malade) *que l'injustice persiste, il faut qu'il puisse reprocher à son prochain de se comporter avec lui comme lui ne s'est jamais comporté avec personne.* Au moment où les trois sœurs X furent colloquées parce qu'elles revendiquaient, sous l'influence de l'une d'entre elles, des biens confisqués depuis plus d'un siècle (à la Révolution française), et dont elles n'avaient d'ailleurs aucune preuve que la famille en avait été dépossédée, il se fit [et c'est à cela que l'on reconnut celle qui était la vraie malade], que l'une d'entre elles se mit à s'accuser de tout ce qu'elle avait commis d'injuste dans sa vie, ne voulant pas laisser à l'adversaire la moindre raison de continuer à détenir ses biens. Elle alla même jusqu'à faire enlever de ses dommages de guerre les petites tricheries qu'elle y avait introduites. L'on pourrait dire peut-être : coexistence d'auto-accusation avec revendication, en réalité, ce sont deux aspects de la même attitude.

S'il veut devenir tellement digne qu'on lui rende justice, le paranoïaque, sans le savoir, a ses motifs : il exige une réparation intégrale du tort réel ou imaginaire qu'on lui a fait. Il ne se contente pas d'une satisfaction morale, il ne laisse pas s'atténuer les choses. C'est là une des caractéristiques de sa réaction à l'injustice subie. Il n'oublie pas et c'est dans la sévérité qu'il a pour lui-même qu'il puise ses exigences envers autrui.

Les sentiments étant peu à peu remplacés par une attitude purement intellectuelle, les lois affectives cessent de jouer. La question de justice et de réparation devient un pur problème intellectuel échappé du temps en même temps qu'échappé à la vie affective et, par conséquent, la revendication ne s'atténue jamais. Cela n'aurait peut-être aucune importance décisive s'il ne s'agissait que d'un seul grief, mais pour tous les événements à teinte d'injustice subie, cette permanence, ou mieux cette remanence joue complètement, et ces personnes n'oubliant jamais rien, ne renonçant à rien, vivent bientôt dans un enchevêtrement inhumain de conflits insolubles. Qu'il s'agisse d'une belle-mère, qu'il s'agisse d'un amant jaloux, la belle-fille et la maîtresse voient s'accumuler sur leur tête les pires amoncellements de rancœur et de danger.

On ne peut affirmer que toute vie affective soit abolie. Elle existe toujours et même alimente l'esprit, mais cette vie des passions est froidement dominée par la raison qui prend les déterminations et les exécute. Les exécutions des paranoïaques ont quelque chose de glacial, de raisonné, d'insensible, d'inexorable. Ce n'est pas par orgueil, mais en parfait accord avec eux-mêmes qu'ils se comparent au Dieu de Justice et croient le servir.

La personne normale ne juge pas trop vite ni trop souvent parce qu'elle a conscience de sa propre imperfection, le paranoïaque, perdant peu à peu le sentiment de son indignité et de sa faiblesse, perd en même temps une des raisons de refouler son sentiment d'injustice subie et le mécanisme de censure irrationnelle, du barrage normal à ce sentiment, ne fonctionne plus comme chez la moyenne des hommes.

Tout naturellement, il exige réparation intégrale (nouvelle source de conflits), et contrairement aux normaux.

Enfin, la réparation reste indéfiniment exigible : les griefs retenus par la mémoire, après qu'ils ont perdu leur vie affective, s'accumulent et rendent toute vie impossible. S'il s'agit d'une future victime, on voit ce que quelques années de vie de famille ou de contact social peuvent accumuler sur la tête d'un personnage.

C'est ainsi que nous répondons à une question précédemment posée : pourquoi se fait-il que, pour une même offense, le paranoïaque réagisse plus fatalement et plus terriblement ?

C'est qu'en réalité, l'offense (sentie par lui, comprise par lui) n'est nullement égale à une offense semblable perçue par une personne normale. D'un côté, elle n'est pas isolée et tous les torts imaginaires ou réels de cette personne envers lui se sont accumulés, conservant tous la même valeur de réparation, tandis que lui-même se trouve plus blessé qu'un autre, étant plus juste, moins passible que quiconque d'un reproche ou d'un préjudice. De plus, les processus de réduction ne jouent plus.

Quand le délire apparaît, la situation s'éclaire soudain, l'entourage comprend enfin l'énigme qui depuis si longtemps exerce sa contrainte sur lui. A partir de ce moment, on s'aperçoit que le malade se sent atteint par des actes qui n'ont et ne sauraient avoir aucun rapport avec lui, rapports qui ne peuvent exister que dans sa pensée à lui. Bien plus, il découvrira bientôt des connivences entre des activités diverses s'écoulant autour de lui et n'ayant même entre elles aucun rapport proche ou éloigné. Bref, on s'apercevra que non seulement le malade se sent lésé pour des actes qui ne portaient aucune intention malveillante à son égard, comme ce fut le cas pour une période de sa vie, mais se sent maintenant lésé par des actions qui n'ont avec lui-même aucune liaison et auxquelles il attribue une intention malveillante le concernant, par déformation de sa vision du monde : il est devenu le centre de toute activité.

Dès cet instant, il rentre dans les cas de psychiatrie banale et le diagnostic est à la portée d'un agent de police. Le dan-

ger, d'ailleurs, décroît rapidement et si le besoin de justice ne diminue pas, des compensations surviennent sous formes d'hallucinations ou d'interprétations se faisant dans le sens réparation : leurs adversaires commencent à subir leur châtiment. Il est évident que, du moment que, sous la pression de son besoin de justice, le délire du malade commence à punir les ennemis, satisfaction est obtenue, et il n'est plus question de faire justice soi-même. C'est ce qui explique que c'est en plein épanouissement du délire de persécution que le danger social cesse (dans une grande mesure). Nous croyons avoir montré, par contre, comment et pourquoi la période la plus difficile est la période prodromique ou la période d'adaptation.

On connaît de ces malades chez qui des voix insultent, attaquent, tandis que d'autres voix répondent aux attaques. Ils ne sont plus que des spectateurs passifs, extemporalisés, de ce qui se passe en eux et l'on comprend qu'ils soient devenus inoffensifs. Ils ont perdu tout intérêt au point de vue du criminologue.



Parmi les points de vue qui peuvent nous apprendre beaucoup sur les mouvements normaux ou pathologiques, il nous a semblé que le sentiment d'injustice subie en est un bon. Il n'épuise évidemment pas le problème et il y aurait beaucoup plus à dire, évidemment, concernant ces zones de transition entre le normal et le morbide. Toutefois, l'on pénètre déjà très intimement dans la personnalité rien qu'en se demandant, dans un cas déterminé, comment il se fait que le malade réagisse par un sentiment d'injustice subie. Certes, il faut connaître les aboutissants psychiatriques de ces états pour les comprendre et les retrouver. Mais peut-être faut-il aussi comprendre ces états transitoires pour se rendre compte de ce qu'il y a d'impitoyable et d'inexorable dans la menace d'un schizoïde ou d'un paranoïaque (1). Peut-être aussi faut-il avoir suivi quelques-unes de ces évolutions pour comprendre l'importance de petites

(1) Si Jean-Jacques Rousseau n'avait pas eu à se purifier totalement pour démontrer que les persécutions, à la fois réelles et imaginaires, mais teintées nettement de délire, dont il était l'objet, étaient une injustice, nous n'aurions jamais eu les « Confessions ». La réaction d'un schizoïde de génie, à qui le monde réel brisa l'idôle de sa propre adoration, empoisonne encore l'Europe : Nietzsche.

Par même processus, des personnalités moins développées, plus frustrées, à vie élémentaire, subissant le même drame, alimentent les faits divers.

névropathies à symptômes dénués de gravité apparente, pour apprécier les tares héréditaires, les perturbations mentales frustes, ces ensembles anodins qui modifient d'un rien parfois les réactions habituelles des sujets et les amènent devant des problèmes qui les dépassent. Il est indispensable, au point de vue de l'aide que la psychiatrie peut apporter à la prévention du crime, de mesurer aussi exactement que possible la « redoutabilité » ou la « témébilité » d'un individu. Cette étude n'apporte pas une solution à ce problème. Elle représente un effort de pénétration dans cette zone neutre entre la pathologie et l'état normal, où se déroulent les manifestations criminelles.

---

# CHOC EMOTIF ET GUÉRISONS DE PSYCHOSES

PAR

M. DESRUELLES, J.-L. MASSOT et P. GARDIEN

Les anciens auteurs estimaient que les émotions en général, et les chagrins en particulier, étaient très souvent la cause des affections mentales. « ...Ce sont des femmes qui n'ont pu résister à la douleur occasionnée par la perte d'un mari ou d'un enfant chéri... bien des fois, l'envie, la jalousie, un amour secret se sont livré de singuliers combats dans le cœur de plusieurs femmes et ont amené les perturbations les plus compliquées. » (MOREL). « C'est un axiome presque populaire qu'on ne perd la tête que par des révolutions d'esprit » (CHRISTIAN). « Combien de jeunes filles aiment en secret, sont trahies dans leurs espérances, et, confuses de honte, perdent la tête sans rien oser avouer à leur famille » (Scipion PINEL).

De nos jours, certains psychiatres affirment qu'à l'origine de la démence précoce, il y a très souvent un amour contrarié ou refoulé.

Mais, en général, bien qu'il existe des psychoses émotionnelles, les aliénistes contemporains ne reconnaissent plus aux émotions un rôle étiologique aussi important qu'autrefois.

Faisant aux émotions la part aussi grande, les psychiatres du siècle dernier avaient pensé que, par une sorte d'homéopathie, d'autres émotions amèneraient la guérison des aliénés. Nombre d'aliénistes usèrent ainsi du traitement moral. « On a pu produire chez des maniaques, écrivait ESQUIROL, un allègement de la maladie, une guérison en quelque sorte subite, en provoquant chez eux le sentiment d'une peine plus ou moins grande. » Dès les temps les plus reculés, on s'est adressé aux passions déprimantes dans le but de guérir les aliénés. « CULLEN a fait valoir les résultats de la peur adaptée au traitement des maladies mentales. DAQUIN prétend que presque toujours il l'a employée avec

succès » (GUISLAIN). Philippe PINEL, le premier, parle de l'intimidation que, plus tard, LEURET considère comme la base du traitement en psychiatrie. « Une émotion vive, forte et imprévue, une surprise, la crainte, la terreur ont eu leurs succès : *spasmo spasmus solvitur*... Un joie imprévue, un succès inespéré, un violent chagrin, ont terminé des folies que l'on croyait incurables ». (ESQUIROL). Et chaque aliéniste de citer des cas de guérison subite par cette thérapeutique émotive.

Les faits rapportés permettent de distinguer des cas où le choc émotif entraînant la guérison est consécutif à un traumatisme physique, et d'autres cas où la guérison succède à un choc émotif pur.

On lit dans PINEL l'observation suivante :

« Un homme de lettres, sujet à des excès de table, et guéri depuis  
« peu d'une fièvre tierce, éprouve vers l'automne toutes les horreurs  
« du penchant au suicide, et souvent il balance avec un calme  
« effrayant le choix de divers moyens propres à se donner la mort.  
« Un voyage qu'il fait à Londres semble développer avec un nouveau  
« degré d'énergie sa mélancolie profonde, et la résolution inébranla-  
« ble d'abrèger le terme de sa vie. Il choisit une heure très avancée de  
« la nuit et se rend sur un des ponts de cette capitale pour se pré-  
« cipiter dans la Tamise ; mais au moment de son arrivée, des voleurs  
« l'attaquent pour lui enlever toutes ses ressources, qui étaient très  
« modiques ou presque nulles ; il s'indigne, il fait des efforts extrê-  
« mes pour s'arracher de leurs mains, non sans éprouver la frayeur  
« la plus vive et le plus grand trouble. Le combat cesse, et il se pro-  
« duit à l'instant une sorte de révolution dans l'esprit du mélancoli-  
« que ; il oublie le but primitif de sa course, revient chez lui dans  
« le même état de détresse qu'auparavant, mais entièrement exempt  
« de ses projets sinistres de suicide. Sa guérison a été si complète,  
« que résidant à Paris depuis dix ans, et souvent réduit à des moyens  
« précaires d'existence, il n'a plus éprouvé le moindre dégoût de la  
« vie. »

BRIERRE DE BOISMONT a rapporté l'observation suivante comparable à celle qui précède :

« Une jeune femme de 23 ans, nourrice, avait vu, sous l'influence  
« d'une impression morale, son lait se supprimer tout à coup. Il  
« existait chez elle une fièvre vive, un refus absolu des aliments et  
« des boissons, et il y avait eu des tentatives de suicide. La médica-  
« tion la plus énergique consistant en émissions sanguines, purga-  
« tifs, vésicatoires, etc... avait été employée sans succès, lorsque



« cette femme, se dérochant à la surveillance de ses gardes, alla se précipiter dans un puits.

« Au grand étonnement de ses parents accourus à son secours elle cria qu'on la retirât du puits, car elle était guérie. Effectivement, dès ce moment, tous les accidents cessèrent et le rétablissement fut complet. »

GUISLAIN cite le cas d'un maniaque qui, au cours d'une évasion, tomba d'un toit et se fractura une jambe ; simultanément il était guéri de sa maladie mentale. Il rapporte encore la guérison d'un « monomane », à la suite de sa précipitation du haut d'un arbre.

Ces quatre guérisons sont consécutives à une émotion causée par un traumatisme physique. Les observations suivantes diffèrent des précédentes en cela que les guérisons sont le fait de la seule émotion.

MICHEA cite la guérison d'un hypocondriaque à la suite de la mort de sa fille.

Prosper DESPINE rapporte l'observation d'ESQUIROL suivante :

« Un jeune homme, désespéré que le général Moreau ait été condamné à l'exil, se persuade qu'il est destiné à venger cette injure faite à la nation française dans la personne de son premier général. A Cadix, où l'avaient appelé des affaires de commerce, il se livre à des actes de folie ; il court la ville, armé, pour se faire reconnaître le chef de la nation française. Il est arrêté et renvoyé en France. Pendant le voyage, ce jeune homme prend pour garde d'honneur les gendarmes qui l'accompagnent. Outre ses prétentions ambitieuses, le malade se persuade que son intime ami est devenu son plus cruel ennemi, que celui-ci s'oppose à son élévation, à ses desseins. Il passe six mois dans l'isolement, soumis à un régime approprié. Cet ami, objet de tant de colères, se présente alors à sa vue ; il est accueilli par des injures et des menaces qui ne l'empêchent pas de se précipiter dans les bras de son ami malade ; ils restent embrassés pendant quelques minutes ; les larmes coulent, le malade se relève pâle, accablé, ne pouvant se tenir debout et rendu à la raison qui, depuis, n'a plus reçu la moindre altération. »

B.-A. MOREL, désireux de guérir une mélancolique qui avait été confiée à ses soins, la fait voyager. Ensemble, ils visitent des monuments, des musées, mais la malade « était tombée progressivement dans un état des plus tristes et poussait des gémissements continuels. Elle en était arrivée au point d'adopter un mutisme absolu et de perdre l'habitude des instincts les plus

naturels. » MOREL, cependant, la conduit un jour au théâtre. L'expérience est malheureuse, et la malade « faisant une explosion soudaine, reprocha amèrement (à son médecin) de donner en spectacle une femme destinée à être brûlée pour ses crimes ».

« ...La douleur, dans les cas de ce genre ne peut être guérie que « par la douleur ; en d'autres termes, il ne faut pas craindre de faire « un appel énergique à ce qui reste de sentiments aux malades, en « provoquant chez eux des émotions pénibles. »

« De temps à autre, je lui avais entendu témoigner quelques regrets « sur ses enfants absents. J'essayai, en la conduisant dans un de ces « orphelinats si communs en Italie, de voir quelle impression elle en « ressentirait, et, s'il était possible de réveiller la sensibilité morale « par d'autres moyens que le spectacle, les distractions mondaines, « la musique même, que cette dame aimait à la passion avant de « devenir aliénée, et qui maintenant semblait l'agacer au delà de « toute expression.

« Je fus très étonné de voir la malade, qui, dans les musées publics, « ne marchait que la tête baissée et en poussant de sourds gémissements, promener maintenant des regards pleins d'un intelligent « attendrissement sur les nombreux enfants qui nous entouraient. Il « lui échappait même, quand elle croyait ne pas être aperçue de « nous, d'adresser des caresses furtives à ces pauvres orphelins. Un « jour, elle fut si salutairement émue à la vue d'une femme qui, dans « le grand hôpital de Venise, mourait en tenant embrassés ses deux « enfants en bas-âge, qu'elle demanda spontanément de les recueillir « à son hôtel, et de donner à ces orphelins les soins qu'exigeait leur « triste situation. Je m'empressai d'accéder à ses desirs, et n'eus qu'à « me féliciter d'être entré dans une voie nouvelle pour agir sur sa « sensibilité.

« A dater de ce moment, je compris qu'il fallait attacher au traitement moral une autre acception que celle que je lui prêtais. Le « résultat me prouva qu'en dirigeant les sentiments de la malade qui « m'était confiée vers un but d'activité plus en rapport avec les véritables besoins du cœur humain, soit dans l'état de santé, soit dans « l'état de maladie, je parvenais à soulager les souffrances de son « esprit d'une manière plus efficace que par des distractions qui ne « faisaient qu'irriter son état névropathique général.

« ...Le traitement fut long, sans aucun doute, mais couronné d'un « plein succès. Quinze mois après les accidents dont je parle, « Mme X. achevait sa convalescence dans une des résidences thermales des bords du Rhin. Les distractions du monde n'étaient « plus alors une peine ajoutée aux souffrances de son esprit. Elle « retrouvait ses bonnes dispositions morales et ses goûts artistiques « d'autrefois ; elle était capable d'admirer les beautés de la nature

« et les merveilles des arts ; elle se plaisait à entendre et à faire de la musique, toutes choses auxquelles, dans son état antérieur, elle était non seulement insensible, mais qui lui causaient encore, ainsi que nous l'avons vu, des émotions si pénibles. »

Dans les traités modernes, nous n'avons pas trouvé de semblables observations, et cependant, il est des cas où l'émotion paraît jouer un rôle thérapeutique. A cause de leur rareté, nous publions ces quatre observations récentes, la plus ancienne date de douze ans et la dernière est de cette année.

OBSERVATION I. — Mme C..., 29 ans. Entrée à l'Asile de St-Ylie en avril 1922.

Père alcoolique, interné pendant 23 mois.

Elle a accouché normalement, six mois auparavant, le 24 novembre 1921. Vomissements répétés, chaque jour, durant sa grossesse au cours de laquelle son caractère s'est modifié ; elle est devenue coléreuse, très irritable. Treize jours après son accouchement, se déclare une infection puerpérale légère qui cède rapidement. Le 21 décembre, elle présente une crise d'agitation nocturne de peu de durée. La nuit suivante, nouvelle crise, courte également, mais très violente : elle cherche à faire du mal à son mari, à étrangler son enfant et à se frapper elle-même à coups de couteau. Les jours suivants, elle traverse des phases d'excitation avec loquacité, désordre des actes, et de dépression avec inertie et mutisme.

On lit sur le certificat de 24 heures : « atteinte d'aliénation mentale caractérisée par un état confusionnel avec négativisme, mutisme volontaire et refus d'aliments. Indifférence affective ». Fin juillet 1922, la malade présente le même état confusionnel avec inertie et indifférence complètes. Gâtisme. Alimentation irrégulière. Cet état demeure sans changement deux ans durant, jusqu'en juillet 1924. Dans l'intervalle, ses règles reviennent pour la première fois depuis son internement en juin 1923.

La longue durée de cet état confusionnel faisait craindre une évolution vers la démence précoce. Mais le 6 juillet 1924, la malade entend un bébé pleurer à proximité, elle est profondément troublée par cette voix d'enfant, paraît se réveiller, sort de sa torpeur, reprend goût à la vie, s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle. Elle parle, ce qu'elle n'avait pas fait depuis deux ans.

Quelques jours après, elle écrivait : « Je n'oublierai jamais la voix de ce bébé qui a passé sous ma fenêtre, j'ai cru que c'était le mien et j'ai appelé la sœur pour me renseigner et j'ai demandé à plusieurs personnes si elles n'avaient pas vu un petit qui pleurait. C'en était un, mais pas mon Roger. »

Dans les jours qui suivent, son mari, ses frères et ses sœurs vien-

nent la voir, elle leur manifeste sa joie. Elle écrit ensuite à sa famille : « Je ne pouvais pas croire qu'il y a si longtemps que je suis séparée de vous tous ! J'ai beaucoup pleuré, et que de souvenirs ! des bons et des mauvais ! »

Le 17 août 1924, soit 40 jours après l'émotion éprouvée en entendant les pleurs d'un enfant qu'elle a pris pour le sien, la malade sort, guérie.

OBSERVATION II. — Mme Françoise B..., journalière, 37 ans. Entre à Saint-Ylie en juillet 1925. Dépression mélancolique avec anxiété et idées de suicide ; désorientation, lenteur de l'idéation, etc...

En octobre, elle est toujours triste et déprimée. On lui fait une injection sous-cutanée de lait stérilisé qui amène une réaction fébrile à 38°. On pratique ensuite une série d'injections de biodynamine.

Elle est réglée pour la première fois depuis son internement à la fin de décembre.

Le 15 janvier 1926, sur un bulletin de santé adressé à la famille, le médecin-chef de service signale que la malade reste mélancolique, parle fort peu et seulement pour répondre. Elle est calme et docile, fait ce qu'on lui demande, mais cela seulement : elle n'a aucune initiative.

Le 21 janvier, entendant parler de l'accouchement d'une infirmière, elle demande à voir le bébé. Devant sa vive insistance on accède à son désir. Elle est aussitôt transformée : elle s'occupe de l'enfant, l'habille, demande à seconder l'infirmière chargée de le soigner. Elle montre alors une initiative intelligente et active.

Elle est guérie et quitte l'Asile le 14 février.

OBSERVATION III. — Au cours d'un accès de dépression mélancolique motivée par des ennuis familiaux et des dettes, une débile mentale profonde, Mme B. L..., le 23 avril 1929, le lendemain d'une querelle de ménage banale et sans importance, a, comme elle le dit ensuite, un « coup de tête ». Pendant que son mari est à son travail, sa fille aînée couchée et d'autres enfants à l'école, elle prend la décision de se noyer avec la petite qu'elle allaite. Elle ne songe pas à un autre mode de suicide, auquel, semble-t-il, elle eût dû penser, étant garde-barrière. Elle court à un abreuvoir proche de sa maison, y jette l'enfant, s'y précipite ensuite.

Aussitôt, elle regrette son acte, prend sa fillette dans ses bras et cherche, sans y parvenir, à sortir de cet abreuvoir dont le fond est glissant et les parois escarpées. Après un temps assez long, deux heures au moins, le mari survient. Il prend la fillette qui était morte et aide sa femme à sortir.

L'un de nous fut chargé de l'expertise mentale de cette femme, qui, tout à fait guérie de son accès de dépression mélancolique, ne fut pas internée.

Cette observation, différente des deux précédentes et de la suivante, se rapproche de celles de Ph. PINEL, de BRIERRE DE BOISMONT et de GUISLAIN, que nous avons rapportées plus haut.

OBSERVATION IV. — Mme Mathilde D... vient d'une maison de santé de la banlieue lyonnaise où elle est restée onze mois. Elle a 44 ans lors de son entrée à Saint-Ylie.

Antérieurement, elle avait fait une tentative de suicide par défénéstration. Peu après, dans l'espoir de s'ouvrir une artère avec les dents, elle s'était gravement rongé l'avant-bras gauche, au point d'avoir atteint ses fléchisseurs. Elle garde de cette blessure une large cicatrice de 25 cm<sup>2</sup> environ.

La malade a de lourds antécédents héréditaires. Son père était un original et sa mère est décédée à l'Asile de Bourg après 22 ans d'internement.

Elle présente, à son entrée, un état hypomaniaque avec des alternatives d'excitation et de dépression. Quelques incohérences. Idées délirantes polymorphes qui s'organisent peu à peu en un délire systématisé de persécution fondé sur des interprétations fausses et principalement sur le souvenir d'hallucinations anciennes datant probablement d'un accès confusionnel au cours duquel elle a fait ses tentatives de suicide. La malade croit que ses deux filles (qui sont en bonne santé et vivent avec leur père) ont été martyrisées et massacrées, puis remplacées par deux étrangères. L'une d'elles, — la meurtrière de ses deux enfants, dit-elle, — serait la maîtresse de son mari et l'autre leur enfant.

Depuis juin 1932, la malade se montre calme, docile et gentille. Elle s'occupe régulièrement à des travaux d'aiguille, sauf lors de ses règles qui sont douloureuses et la fatiguent. Mais ses idées délirantes se maintiennent, sans changement, et, à plusieurs reprises, la visite de son mari et de ses filles donna lieu à des scènes dramatiques.

Vers la fin de janvier 1934, la malade traverse une période de dépression, elle parle de sa fin prochaine, « pour si peu qu'il me reste à vivre ». Elle exprime son désir d'en finir avec l'existence. Le 5 février, elle reçoit la visite de son mari et de son frère, elle se montre affectueuse, mais bien anxieuse et leur demande de l'emmener, en leur assurant qu'elle ne vivra plus longtemps ; propos énigmatiques dissimulant une intention de suicide.

Le 25 mars, ses filles viennent la voir. Elle refuse de se rendre au parloir. Ses filles insistent et lui promettent de s'occuper de sa sortie. Comme aux précédentes visites de sa fille aînée, Mme D... l'accable de reproches : « Tu es une intruse, mes enfants n'existent plus, etc... » Sa fille, dans l'espoir de la convaincre, lui montre un nævus qu'elle a dans le dos et la cicatrice d'une brûlure par ventouse. Mme D... prétend ne pas se laisser prendre à ces stratagèmes : « La maîtresse de son mari a un nævus pareil à celui de sa fille, elle s'est

fait faire une brûlure avec une ventouse comme en avait sa fille pour mieux lui ressembler et se faire passer pour elle. »

M. D..., cependant, demande la sortie de sa femme, mais, comme la malade conserve les mêmes idées délirantes, le médecin-chef du service craignant éventuellement un drame : meurtre de sa fille aînée ou suicide, adresse au Préfet le certificat de situation suivant, aux fins d'application de l'article 21 de la loi de 1838 : « Mme D..., trans-  
« férée de la maison de santé de X., où elle était internée depuis  
« plusieurs mois, est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par  
« un délire systématisé de persécution, basé sur des interprétations  
« délirantes : elle croit que ses deux filles ont été massacrées et  
« remplacées par deux étrangères dont l'une serait la maîtresse de  
« son mari, etc... Ses réactions sont dangereuses. Il faut craindre que  
« cette aliénée ne se suicide (elle parle de se suicider et a déjà fait  
« une grave tentative de suicide par défénestration à la maison de  
« santé où elle était antérieurement), et même ne commette un meur-  
« tre sur sa fille aînée qu'elle croit une aventurière coupable d'un  
« assassinat.

« Cependant, le mari et le frère, ne se rendant pas compte du  
« grave danger que provoquerait la mise en liberté de cette aliénée,  
« veulent la faire sortir.

« J'estime que cette malade est particulièrement dangereuse, non  
« seulement pour elle-même, mais pour autrui, et que son retour  
« dans sa famille provoquerait peut-être un ou même plusieurs meur-  
« tres, et certainement son suicide.

« C'est pourquoi il y aurait lieu, à mon avis, conformément aux  
« articles 14 et 21 de la loi du 30 juin 1838, de donner « un ordre  
« spécial à l'effet d'empêcher qu'elle ne sorte de l'établissement sans  
« l'autorisation préfectorale si ce n'est pour être placée dans un  
« autre établissement d'aliénés. »

Le 9 avril 1934, elle est placée d'office et transférée à Sainte-Madeleine, à Bourg, accompagnée de deux infirmières qui prennent de grandes précautions pour ne pas laisser à la malade la possibilité de mettre à exécution ses projets de suicide.

A Sainte-Madeleine, Mme D... se montre gentille et docile. Comme à Saint-Ylie, elle s'occupe, mais ses idées restent les mêmes. Le 21 avril, on lui apprend le décès subit de son mari. Elle est très affectée, bouleversée même. De ce jour, son état mental s'améliore. Le 9 mai, elle reçoit la visite de sa fille aînée. Elle ne parle plus de ses idées délirantes, et, le 22 mai, elle sort, guérie, 30 jours après la mort de son mari.

Le 29 mai, elle écrit à une infirmière de Saint-Ylie. Elle lui raconte son deuil et sa guérison : « ...J'ai beaucoup de chagrin et encore  
« plus de regrets, maintenant que *toutes mes idées folles sont*  
« *parties.* »

Quelques temps après, dans une lettre au médecin-chef de Saint-

Ylie, elle détaille les mêmes événements : « ...Je l'ai donc vu (son « mari) à Saint-Ylie, le 5 février, pour la dernière fois, et maintenant que je sais quelle a été sa vie et que *mes enfants existent*, j'ai « beaucoup de chagrin et encore bien plus de regrets... »

Si romanesques soient-elles, ces quatre observations n'ont pas été romancées. Nous n'en concluerons pas, comme on l'eût fait autrefois, à coup sûr, à un rapport direct de cause à effet (*post hoc, ergo propter hoc*) entre les émotions éprouvées par nos quatre malades et leur guérison. Ce serait, d'autre part, pousser le scepticisme bien loin que de voir là de simples coïncidences. Peut-être pouvons-nous considérer ici l'émotion comme une cause occasionnelle agissant sur un terrain en état de réceptivité ?

Nous ne saurions conseiller cependant de provoquer des émotions violentes chez les aliénés dans un but thérapeutique. A l'époque même où cette méthode avait de nombreux partisans, GRIESINGER, puis CHRISTIAN, disaient de ce traitement aveugle « que, pour une amélioration ainsi obtenue, il serait facile de citer dix cas où la maladie s'est aggravée et est devenue incurable ».

## BIBLIOGRAPHIE

- BRIERRE DE BOISMONT. — *Du délire aigu dans les établissements d'aliénés.*  
 CHRISTIAN (J.). — *Etude sur la mélancolie.* Paris, 1876.  
 DAQUIN. — *De la folie,* 1804.  
 DESCURET (J. B. F.). — *La médecine des passions.*  
 DESPINE (P.). — *De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique.* Paris, 1875.  
 ESQUIROL. — *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal.* Paris, 1838.  
 FALRET. — *Sur le traitement moral des aliénés.*  
 GRIESINGER (W.). — *Traité des maladies mentales.* Pathologie et thérapeutique. Paris, 1865.  
 GUISLAIN. — *Leçons orales sur les phrénopathies* (XXX<sup>e</sup> leçon). Paris, 1852.  
 LEURET. — *Traité moral de la folie.* Paris, 1840.  
 — *Des indications à suivre dans le traitement de la folie.*  
 MICHEA (C. F.). — *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie.* Paris, 1845.  
 MOREL (B. A.). — *Etudes cliniques*, t. I.  
 — *Traité des maladies mentales.* Paris, 1860.  
 PINEL (Ph.). — *De la manie*, 1801.  
 — *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie.* An IX.  
 PINEL (Scipion). — *Traité de pathologie cérébrale ou des maladies du cerveau.*  
 VOISIN. — *Du traitement intelligent de la folie*, 1847.

# UNE ÉPIDÉMIE LOCALE DE NÉVRAXITE

PAR

LOUIS LE GUILLANT et PIERRE LOO (1)

Il nous a été donné d'observer, durant les années 1933-1934, et particulièrement ces derniers mois, tant à l'Etablissement que dans la région, une série de manifestations pathologiques singulières, explicables seulement par une atteinte névraxitique.

C'est leur étude clinique qui fait l'objet de cette première communication.

Nous relaterons ces cas comme ils se sont présentés chronologiquement à nous. A part celui faisant l'objet de l'observation IV, et de quelques manifestations complexes et obscures que nous aurions tendance à leur rattacher aujourd'hui, ils sont apparus à des époques assez rapprochées. Leur fréquence est assez sensiblement supérieure aux manifestations neurologiques asilaires habituelles, certains traits cliniques, dominants, sont assez constants, pour nous permettre légitimement de les grouper et de les considérer comme les différentes formes cliniques d'une affection commune, épidémique.

OBSERVATION I. — D... Jeanne-Célestine, âgée de 43 ans.

Entrée le 20 février 1932. Était internée depuis 1926 pour « débilité mentale avec troubles du caractère et épilepsie surajoutée ».

En février 1933, la malade présente une poussée de température (39°-40°) plus élevée le matin. On note un érétisme cardiaque avec arythmie et sous la main le choc très large de la pointe. Les bruits valvulaires sont ouatés ; léger souffle systolique. Amendement des troubles par la digitaline.

La malade se plaint sans cesse d'impressions de chaleur aux membres inférieurs, c'est un « feu dans les pieds », dit-elle ; bientôt apparaît une légère déviation de la face à droite. La température persiste,

(1) Travail de l'Etablissement Neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre).



l'amaigrissement s'accroît, les douleurs sont très vivement accusées aux membres inférieurs et dans la bouche, et toujours assimilées à des brûlures. Les réflexes tendineux du membre inférieur sont abolis.

La malade meurt le 10 mars. La rapidité de l'évolution nous surprend avant une plus minutieuse enquête neurologique, mais le caractère insolite des troubles sensitifs nous avait vivement frappés.

OBSERVATION II. — D... Marie-Louise, 58 ans.

Entrée le 11 août 1917 avec le certificat suivant : « Est atteinte de « dégénérescence mentale caractérisée par du déséquilibre psychique, « des troubles du caractère, du mysticisme exagéré. Discussions continues « tinuelles dans la vie familiale avec réactions violentes à l'égard des « siens, reconnues par la malade, qui accepte volontiers son séjour à « l'asile, du moins jusqu'ici. » (D<sup>r</sup> Levet).

C'était une malade calme, un peu débile, dévote, travailleuse et d'une apparente bonne santé. Le 30 mai 1933, on doit l'aliter, car elle est fatiguée et semble depuis quelque temps s'affaiblir. Elle ne tarde pas à devenir gâteuse, s'amaigrit rapidement. Le cœur donne des signes de défaillance, nécessitant une cure de digitaline. Un œdème des jambes apparaît, qui tend à se généraliser. Etat général alarmant, dont la famille est informée. Au point de vue mental, subexcitation et euphorie.

Déjà, on avait constaté l'impotence fonctionnelle des membres supérieurs avec maladresse des mouvements, tremblements, faiblesse musculaire, dysmétrie, troubles auxquels semble avoir succédé l'atteinte des membres inférieurs rendant impossible la marche et la station debout.

Le syndrome cardio-rénal s'amende rapidement. L'état général s'améliore, mais le tableau neurologique persiste avec affaiblissement important des réflexes osseux et tendineux du membre supérieur et abolition des réflexes tendineux du membre inférieur. La sensibilité objective ne paraît pas atteinte dans ses divers éléments : peut-être une légère imprécision dans les nuances. Mais la note dominante de cet ensemble, par l'importance que lui donne le sujet et aussi par sa durée, est l'intensité des troubles de la sensibilité subjective : « Je sens que ça me pique sous les pieds tout le temps, mais ce n'est pas une douleur aiguë, c'est comme des picotements et aux mains aussi. »

La tension artérielle est de 21-8 au Pachon; léger souffle systolique. pas de fièvre. Vision et fond d'œil normaux. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre : Vernes. Densité optique : 0. Benjoin colloïdal : 00000.02200.000000. Albumine : 0 gr. 24, 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Sucre : 0 gr. 51.

Actuellement, l'état général est satisfaisant. De janvier à décembre, la malade a récupéré 16 kg., elle se lève depuis juillet, la motilité des membres est revenue, mais la démarche est raide, encore un peu incertaine, les jambes sont écartées, les réflexes tendineux toujours abolis et les troubles sensitifs atténués persistent. Traitement : strychnine.

OBSERVATION III. — E... Léonore, âgée de 40 ans.

Entrée le 18 juin 1932. Les certificats d'admission mentionnent l'incohérence des propos, le désordre des actes, les impulsions qui font redouter une démence précoce. Cette malade présente un syndrome hallucinatoire très riche, avec légère excitation et euphorie. C'était une Espagnole vigoureuse, pleine de santé, pesant 77 kg. à son arrivée.

En septembre 1933, elle se plaint de ne pouvoir uriner et accuse des sensations pénibles dans le vagin et la vessie. On doit la sonder pendant quelques jours. Une poussée d'excitation concomitante nous oblige à la placer dans un quartier d'agités et ce premier épisode sphinctérien et algique passe à peu près inaperçu.

Dès janvier 1934 on remarque un amaigrissement considérable, avec pâleur, inappétence et la malade est transférée dans une infirmerie. Elle souffre de bourdonnements d'oreille, de fourmillements, de crampes, de constrictions, de brûlures aux pieds et de gêne pour uriner (poids 61 kg.). La démarche est alors impossible sans une aide vigoureuse. La tension est de 13-5, 7 au Pachon. Le dosage de l'urée dans le sang donne 0,40 par litre. Fond d'œil normal.

L'alitement semble donner une atténuation apparente des troubles neurologiques souvent mal remarqués derrière un riche déploiement d'idées délirantes.

En novembre 1934, la démarche est devenue normale. Cependant on signale un jour un léger malaise avec chute, sans perte de connaissance. La malade se plaint encore de sensations pénibles par priorité sur ses diverses préoccupations délirantes. « J'ai comme des fourmillements dans les jambes », dit-elle, « c'est comme si ce serait caoutchouté, et les mains aussi ». L'examen neurologique montre l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs (ceux-ci étaient signalés vifs à un examen de décembre 1932), malgré une bonne récupération fonctionnelle. Les réflexes sont conservés aux membres supérieurs, qui n'ont jamais paru atteints du point de vue moteur. La malade signalait cependant quelques impressions de fourmillement aux extrémités. Pas de troubles nets de la sensibilité objective. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les résultats suivants : Vernes. Densité optique : 0. Benjoin colloïdal : 00000.02200.000000. Albumine : 0 gr. 20. Moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Sucre : 0 gr. 80.

Actuellement, les muqueuses sont moins décolorées, la malade pèse 68 kg. La démarche est normale, les impressions douloureuses des extrémités paraissent moins pénibles, les sphincters fonctionnent normalement. Les réflexes rotuliens demeurent abolis.

OBSERVATION IV. — B... Paul, 32 ans.

Interné en 1928 avec le diagnostic de « débilité mentale avec idées de persécution et érotomanie », à la suite d'un non-lieu, après expertise, dans une affaire de violences contre sa mère. D'après l'observa-

tion, il paraît s'agir d'une évolution schizophrénique. D'abord difficile dans le service, il s'y comporte bientôt en dément précoce indifférent.

En avril 1934, au cours d'un examen systématique des chroniques, nous découvrons que ce malade, toujours alité, est en réalité atteint d'une paraplégie avec atrophie marquée, équinisme, abolition des réflexes tendineux. Cet état paraît s'être constitué lentement, un an auparavant environ, la démarche fut d'abord chancelante, et devint complètement impossible en quelques semaines. L'état général était alors très altéré. Il fut alité dès le début des troubles de la marche. La ponction lombaire montre : moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>, 0 gr. 15 d'albumine. Benjoin : 00000.22220.000000. Vernes. Densité optique : 0. Wassermann négatif.

Il existe aujourd'hui une atrophie considérable des membres inférieurs, surtout des jambes. Les pieds sont en varus équin, ils sont le siège d'un œdème dur et d'une cyanose constante. Cette position est impossible à corriger par suite d'une rétraction tendineuse achilléenne marquée. Tous les réflexes tendineux sont abolis. On note un tremblement lingual fibrillaire léger. L'état mental est celui d'une démence hébéphrénique avancée.

Jusqu'à l'apparition de l'épidémie actuelle, nous avons considéré ce cas comme une manifestation sporadique de polyomyélite antérieure. Il a d'ailleurs été insuffisamment observé. Cependant, l'évolution lentement progressive des troubles moteurs, leur caractère global, sont plutôt en faveur d'une névraxite.

OBSERVATION V. — L... Gilberte, âgée de 23 ans.

Entrée le 16 février 1932 pour des « crises d'épilepsie convulsive ».

En août 1934, elle a présenté de la diarrhée avec fièvre ; guérison assez rapide, puis rechute avec le syndrome abdominal suivant : selles fréquentes, vomissements, douleur et empâtement dans la région annexielle droite. Le pouls est petit et fréquent. La malade est pâle et très amaigrie. Impotence fonctionnelle des membres inférieurs ; ceux-ci peuvent à peine être déplacés dans la position couchée. Les réflexes tendineux sont abolis. Ebauche d'éventail à la recherche du cutané plantaire. Atteinte ultérieure des membres supérieurs avec impotence telle qu'elle ne peut s'alimenter seule. Légère parésie des sphincters, la malade ne pouvant différer à la moindre sollicitation.

Ce tableau neurologique, réalisé dès octobre, est complété et dramatisé par un ensemble de troubles pénibles provoquant d'incessantes plaintes ; douleurs, brûlures, fourmillements à la plante des pieds, celle-ci est, en outre, épaisse et cornée. La sensibilité objective ne paraît pas nettement altérée.

L'état mental n'est pas modifié, la lenteur de l'idéation et des actes persiste, peut-être un peu accentuée. Cependant, il nous faut signaler une bien moindre fréquence des crises.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les précisions suivantes : Vernes. Densité optique : 0. Benjoin colloïdal : 00000.22222.

00000.0. Albumine : 0 gr. 40, moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Sucre : 0 gr. 50. La vision et le fond d'œil sont normaux, la papille est pâle, mais sans doute en fonction de l'anémie. Celle-ci, la fièvre persistante et la courbe de poids impressionnante (57 kg. en mars, 60 en mai, 53 en août, 42 en novembre) nous ont incité à faire procéder à une radioscopie pulmonaire, qui a montré une image thoracique normale.

Actuellement, la malade est squelettique, avec les mêmes signes neurologiques, sauf une légère récupération motrice des membres supérieurs. La paraplégie et les douleurs persistent ainsi qu'une diarrée incoercible, avec 6 à 12 selles par 24 heures. La température se maintient autour de 38. Le poulx demeure petit, la tension très basse.

Les divers traitements essayés furent des anti-infectieux : la naïodine, le salicylate de soude intra-veineux, un abcès de fixation, l'uroformine ; des toni-cardiaques : strychnine, caféine, spartéine, digitaline, et enfin toute la série des anti-diarrhéiques connus et divers essais de régime.

#### OBSERVATION VI. — R... Basile, 35 ans, sujet russe.

Nous possédons fort peu de renseignements sur ce malade, qui s'exprime très mal en français et n'a aucune famille connue de nous. Il a été interné le 19 avril 1932. Il venait de l'hôpital de Nevers, où il paraît avoir été conduit consécutivement à une crise d'agitation, vraisemblablement confusionnelle. Il « restait couché, sans faire de mouvement, malgré qu'on ait essayé de le réveiller », « il n'a pas parlé, n'a rien demandé », disent les rapports des infirmiers de cet hôpital, établis en vue du placement d'office.

Un abcès de fixation a été pratiqué.

À l'Etablissement, il s'est toujours présenté à nous comme un déliant chronique. Très correct dans sa tenue, hautain et hostile, il refuse habituellement de nous adresser la parole. Toute tentative pour entrer en contact avec lui entraîne des colères violentes où il menace immédiatement de frapper. Il s'exprime mal en français, n'a aucune relation avec les malades ou le personnel. Il ne semble ni confus, ni affaibli intellectuellement. Il demeure généralement couché dans un petit dortoir annexé au 5<sup>e</sup> quartier, où sont réunis quelques malades habituellement calmes, mais difficiles.

Au début du mois de septembre 1934, on constate qu'il éprouve de la difficulté à marcher. Son état général a décliné dans les derniers mois.

L'examen montre une parésie globale des membres inférieurs. La marche est à peu près impossible, uniquement du fait de la parésie. Le réflexe rotulien gauche est aboli. Le droit très faible. Les deux achilléens existent, mais sont faibles. Les cutanés abdominaux, les crémastériens existent. Le cutané plantaire est normal. Les réflexes tendineux des membres supérieurs sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité, semble-t-il. Pas de phénomènes subjectifs douloureux.

La ponction lombaire montre : Albumine : 0 gr. 30, moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Benjoin : 00000.02221.000000. Vernes. Densité optique : 0. Wassermann négatif. L'acuité visuelle, la perception des couleurs, le fond d'œil sont normaux.

Une série d'injections intraveineuses de salicylate de soude n'amène aucune amélioration des phénomènes parétiques qui s'accroissent jusqu'à la mi-décembre, sans toutefois aboutir à une paralysie complète. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis.

Depuis cette époque, un retour sensible de la motilité a été observé, coïncidant avec une amélioration marquée de l'état général. L'état mental ne s'est pas modifié, le malade est un peu moins hostile. A aucun moment il n'a présenté de fièvre.

OBSERVATION VII. — L... Emile, 54 ans.

Entré le 3 juillet 1933. Venant par transfert des Asiles de la Seine. Il y avait été interné le 13 août 1931. Les certificats transmis fournissent les renseignements suivants :

Psychose hallucinatoire chronique ayant débuté par un état dépressif. Méfiance, inquiétude, interprétations délirantes. Allusions, menaces. Phases d'amélioration importantes, suivies de recrudescence des symptômes. Actuellement, nombreuses hallucinations auditives, ondes dans le ventre et dans la gorge. Réactions euphoriques avec tendances aux idées de grandeur : « Je suis sorti glorieux de la grande guerre. » (1<sup>er</sup> avril 1933. D<sup>r</sup> Guiraud).

A l'Etablissement, il a présenté un tableau clinique à peu près identique : Syndrome hallucinatoire très riche. Idées délirantes à thèmes mégalomaniques. Subexcitation continue, hypersthénie, optimisme, cordialité. Pas d'affaiblissement intellectuel ni affectif. Aucun signe neurologique.

En août 1933, il a présenté un syndrome abdominal, paraissant être une cholécystite, avec fièvre élevée, ictère, empâtement douloureux de la région vésiculaire et ayant rétrogradé lentement en quelques semaines.

En septembre 1934, on note une recrudescence des plaintes du malade au sujet des phénomènes subjectifs douloureux qu'il attribue aux actions de ses persécuteurs. Il dit aussi « qu'on le fait chanceler ». L'examen décèle une parésie des membres inférieurs, à peu près également répartie. La démarche est possible en s'aidant des meubles. Les réflexes tendineux des membres inférieurs sont abolis ainsi que les cutanés abdominaux et les crémasteriens. L'état général est très bon. Le malade, qui reçoit assez fréquemment des colis des siens, s'alimente bien. Il a couché pendant plusieurs mois dans le petit dortoir du 5<sup>e</sup> quartier.

La situation demeure à peu près inchangée pendant 2 semaines, la paralysie tendant à se compléter, la marche devenant tout à fait impossible. La malade se plaint de douleurs intenses dans les membres inférieurs. La température est normale.

Vers la mi-décembre, les réflexes tendineux du membre supérieur droit sont abolis. Le malade laisse échapper les objets. La dysmétrie, l'adiadococinésie sont nettes. En outre, on note des troubles de la miction et une ébauche de rétention à deux reprises. Les douleurs des membres sont intolérables, empêchant tout sommeil. Les sensations, particulièrement le froid, sont ressenties comme extrêmement pénibles. Le malade entoure son bras droit de linges pour le protéger. Aucun phénomène douloureux dans le territoire du bras amputé. La ponction lombaire montre : moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Albumine : 0 gr. 24. Benjoin : 00000.01221.10000.0. Vernes. Densité optique : 0. Wassermann et Meinicke négatifs. La pression artérielle est à 15/9.

Fin décembre, il existe une atrophie marquée et globale des membres inférieurs. La paralysie n'y est cependant pas complète. A peu près tous les mouvements peuvent être exécutés, mais sans force. L'état général est beaucoup moins bon. La paralysie du bras est à peu près complète. Les phénomènes douloureux sont toujours au premier plan du tableau clinique. Ils ont le caractère de brûlures, de piqûres, d'élançements. Il existe une hyperesthésie considérable de la paume des mains, de la plante des pieds. Le malade se dérobe violemment à tout contact. Il ne supporte pas le poids des couvertures. Ces impressions douloureuses ne sont pas continues, il existe des périodes d'accalmie brusque et complète. Le malade assure qu'il aurait observé « des plaques rouges » des extrémités accompagnant des paroxysmes douloureux. Les téguments de la région plantaire sont légèrement rouges et chauds. L'allure générale des phénomènes n'est pas sans analogie avec les manifestations causalgiques.

Actuellement, sous l'influence de la strychnine à doses élevées, on note une sensible amélioration, surtout du membre supérieur. Cependant, les masses musculaires des membres inférieurs ont fondu. Il n'existe pas de réaction de dégénérescence. Certains mouvements sont redevenus possibles. On peut asseoir le malade sur le bord du lit. Etat général meilleur. Aucune modification au point de vue mental. Aucun signe oculaire.

#### OBSERVATION VIII. — B... Marcel, 25 ans.

Interné en juin 1934 pour un état d'obnubilation intellectuelle et d'excitation. Des idées délirantes polymorphes, des phénomènes hallucinatoires ont fait penser à une démence précoce. Un appoint alcoolique était noté dans le certificat d'internement.

A l'entrée on notait une température légèrement élevée, 37°8-38°1, revenue à la normale en quelques jours, un état saburral, un tremblement léger des extrémités. Dans le service, il s'est montré calme, apathique, indifférent, « comme somnolent », par instants opposant ou impulsif.

Le 20 septembre 1934, on observe qu'il a de la difficulté pour mar-

cher et, en quelques jours, s'installe une paraplégie flasque complète. La température est normale.

Le 4 octobre, tous les réflexes tendineux sont abolis, ainsi que les cutanés abdominaux, les crémasteriens. Une ponction lombaire montre : 0 gr. 20 d'albumine, moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Le Wassermann, le Meinicke, le Benjoin sont négatifs. L'état général et l'état mental sont peu modifiés. Il est traité par la strychnine et la septicémie.

Le 11 octobre, la température s'élève à 38°, puis à 38°5. Des membres supérieurs, les sphincters sont paralysés. Une difficulté de la déglutition apparaît le 13, puis des troubles respiratoires le 14. La mort survient le 15. Pour des raisons matérielles, l'autopsie de ce cas typique de syndrome de Landry n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION IX. — O... Georgette, âgée de 50 ans.

Entrée à l'Asile le 8 juin 1934, a fait l'objet du certificat suivant : « Est atteinte de psychose hallucinatoire chronique avec idées délirantes polymorphes, troubles cœnesthésiques multiples, récriminations incessantes (22 juin 1934. D<sup>r</sup> Martrille).

C'était un sujet bien portant et robuste, pesant 63 kg. En novembre 1934, le rapport quotidien l'ayant signalée comme fatiguée depuis quelques jours, elle est convoquée au cabinet médical, mais ne peut s'y rendre que soutenue et presque portée par deux infirmières. « J'éprouve des engourdissements, dit-elle, c'est comme si on me meurtrissait les chairs, c'est quelque chose qui me serre les cuisses, les mollets, le bas-ventre. Les pieds me brûlent et les mains commencent à s'engourdir. »

La malade est alitée, et, dans les jours qui suivent, une paraplégie flasque s'installe, accompagnée de troubles sphinctériens ayant nécessité un sondage. Les algies, déjà signalées, se sont étendues à la région vésicale. Asthénie extrême ; la dyspnée apparaît au moindre effort, le pouls est filant et irrégulier, la malade maigrit rapidement et son état général devient très alarmant. Les bruits du cœur sont faibles que la digitaline renforce, permettant ainsi de percevoir un souffle systolique. Pas de fièvre, constipation, anorexie. Tension maxima 13, minima 6. Les membres supérieurs sont touchés, la malade doit être alimentée.

Toni-cardiaques, abcès de fixation, salicylate de soude intraveineux, atténuent la gravité imminente des symptômes.

En décembre, un peu de fièvre apparaît, évoluant autour de 38°, avec de la diarrhée, et une somnolence extrême. La malade *dort sans cesse, s'endort en mangeant, ou même pendant l'examen médical.*

Vision et fond d'œil normaux. Urée sanguine : 0 gr. 24 par litre. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne : Vernes. Densité optique : 0. Benjoin colloïdal : 00000.02000.000000, Moins de 1 lymphocyte par mm<sup>3</sup>. Albumine : 0 gr. 25. Une ponction lombaire plus récente montre : 0 gr. 68 de sucre et 0 gr. 65 d'albumine.

Actuellement, après une courte période d'insomnie, la malade présente à nouveau une tendance, mais moins accentuée qu'autrefois, à la somnolence, la diarrhée est intermittente et semble s'atténuer, la fièvre baisse un peu, l'état général est toujours précaire, sans être aussi alarmant que par le passé. Les mouvements des jambes sont plus amples, la malade peut s'alimenter seule, les troubles sphinctériens ont disparu et les algies sont atténuées. Cependant, l'atrophie musculaire est importante et en particulier au membre supérieur gauche, où il existe une parésie nette à prédominance radiale. Il n'y a pas de Réaction de Dégénérescence. Enfin le pouls, toujours faible, est régulier, et la dyspnée moins fréquente.

L'atrophie musculaire et l'amaigrissement sont importants. L'examen de la sensibilité objective montre une légère dysesthésie paraissant plus accentuée en certains points (par exemple à la face externe de la cuisse gauche), une diminution de la sensibilité tactile, du sens kinesthésique.

L'état mental s'est considérablement amendé et la persécutée sthénique et hostile d'hier est aujourd'hui aimable et bienveillante.

OBSERVATION X. — R... Françoise-Pierrette, âgée de 51 ans.

Entrée le 28 janvier 1930, arrivant de la Seine avec le certificat suivant du D<sup>r</sup> Courbon : « Démence paranoïde avec passivité. »

Les thèmes délirants sont imprécis ; on distingue des phénomènes hallucinatoires et des idées d'influence exposées sans ordre, ni conviction, sur un ton dolent. « Le travail me fait du bien, disait-elle en mai 1934, ça me fait une sorte de calefautage contre les transmissions et j'ai moins de brouhaha. » Aussi était-elle une ouvrière zélée et de plus vigoureuse.

En novembre 1934, on signale des chutes fréquentes sans perte de connaissance... « C'était de la maladresse, comme de la paralysie subite », nous déclare la malade. « Ça me pique aux pieds constamment et de temps en temps aux mains... C'est comme si mes membres étaient morts. Les jambes me font accordéon et se plient toutes seules... » Les troubles moteurs s'accroissent jusqu'à l'impotence, avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens et affaiblissement important de ceux des membres supérieurs. Le tout évolue sans fièvre, mais la malade maigrit et pâlit rapidement. Le poids de septembre à novembre tombe de 56 à 46 kg.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre. Vernes. Densité optique: 0. Benjoin colloïdal: 00000.01000.000000. Albumine : 0 gr. 17. Moins de 1 lymphocyte par mm<sup>3</sup>. Sucre : 0 gr. 71. Vision et fond d'œil normaux. Traitée par la strychnine, le cacodylate, le salicylate et une amélioration du régime, la malade est en voie de guérison. L'état général, l'alimentation sont meilleurs, la marche sans aide est actuellement possible, mais incertaine ainsi que l'équilibre. Au membre supérieur, les troubles persistent : demi-impotence, maladresse extrême, hyperesthésie, attitude d'une paralysie radiale, main tom-



bante, extension de la main à peu près impossible. Cependant, parésie des autres territoires moteurs avec, notamment, difficulté de la flexion des trois premiers doigts, enfin atrophie musculaire à prédominance radiale. Pas de réaction de dégénérescence.

OBSERVATION XI. — S... Marguerite, âgée de 50 ans.

Entrée le 7 avril 1898 pour idiotie... A vrai dire, il s'agit seulement d'une débile constitutionnelle, qui longtemps travailla chez un médecin et ensuite aux ateliers.

En 1934, elle présenta successivement plusieurs embarras gastriques fébriles attribués à la gloutonnerie. En octobre, on constate que l'état général est mauvais. Il existe un amaigrissement considérable avec pâleur et perte de poids de 25 kg. par rapport à l'année précédente. La démarche devient incertaine, pieds à plat, jambes écartées, et bientôt elle sera impossible sans aide. En même temps, des douleurs apparaissent. « J'ai les jambes lourdes », nous dit la malade, « comme du plomb et ça me pique dessous les pieds et aux doigts de pied, dans les mains aussi ça me lance, et j'ai comme des brûlures dans la bouche ». On constate en même temps une légère déficience des membres supérieurs, cependant moins atteints. Cette différence d'intensité se traduit à l'examen neurologique, qui montre les réflexes rotuliens et achilléens abolis, tandis qu'aux membres supérieurs ils sont seulement faibles.

La sensibilité objective n'est pas profondément troublée. Il semble seulement que les divers modes en soient moins subtilement distingués. Pas de troubles sphinctériens. Vision et fond d'œil normaux. Tension artérielle 16-8 au Pachon. Urée sanguine 0,25 par litre. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne les précisions suivantes : Vernes Densité optique : 0. Benjoin colloïdal : 00000012000000000. Albumine : 0,22 cgr. Moins de 1 lymphocyte par mm<sup>3</sup>. Sucre : 0,52. Pas de fièvre.

Actuellement, il y a une notable récupération fonctionnelle avec amélioration de l'état général, mais les douleurs, bien qu'atténuées, persistent.

Traitement : Strychnine, cacodylate, salicylate ; régime alimentaire plus varié et plus abondant.

OBSERVATION XII. — Mme B..., 36 ans.

Nous avons observé cette malade en collaboration avec le D<sup>r</sup> Mirault de La Charité-sur-Loire, que nous remercions ici sincèrement. Elle a été pendant 15 ans infirmière à l'Etablissement, puis à l'Hôpital d'une petite ville nivernaise. Elle n'y travaillait plus depuis 2 ans. C'était une femme vigoureuse, sans antécédent particulier.

Vers la fin de l'été 1934, on observe chez elle une pigmentation marquée du visage, des mains, que son entourage attribue à l'action du soleil. Elle était normalement très pigmentée. En même temps la malade se plaint d'une extrême fatigue. Le début des troubles survient cependant assez soudainement fin novembre par des phéno-

mènes douloureux, parfois spontanés, mais surtout provoqués par les mouvements, arrachant des cris à la malade, réalisant une impotence fonctionnelle à peu près complète et nécessitant l'alitement continu. Leur topographie ne paraît pas avoir été ni radiculaire, ni névritique. Les élancements douloureux prédominent aux membres inférieurs, aux lombes, à la cuisse droite, à la région crurale, en particulier.

Simultanément, on observe une asthénie extrême. La malade est profondément abattue. La respiration rapide, le facies altéré, elle donne l'impression d'un état grave. Un symptôme tout à fait particulier est la rapidité du pouls qui se maintient à 120-130 et qui est constamment misérable, même dans les meilleurs moments et malgré des toni-cardiaques divers. La tension au Vaquez est de 13/9.

La pigmentation s'accroît rapidement et on envisage l'hypothèse d'un syndrome addisonnien. On pratique quelques injections d'extraît surrénal.

L'un de nous voit la malade pour la première fois le 11 décembre. La pigmentation constitue le signe le plus remarquable. Elle porte uniquement sur l'épiderme, respectant les muqueuses. Elle prédomine au cou, où elle prend l'apparence trompeuse de ces crasses anciennes des vieux vagabonds. Sa teinte est noire, charbonneuse. Elle existe également sur les régions du corps non exposées à l'air, sous les seins notamment, aux mamelons qui sont d'un noir de jais. Signalons que l'examen du fond d'œil, négatif par ailleurs, a permis d'observer également une pigmentation extraordinairement marquée.

L'examen neurologique, rendu difficile par les douleurs atroces qu'arrachent à la malade les moindres déplacements du tronc et des membres inférieurs, révèle cependant : une exagération diffuse et inégale des réflexes tendineux, surtout marquée du côté droit, une parésie légère du membre supérieur droit. L'adiadococinésie, la dysmétrie sont nettes de ce côté. La malade, fort lucide, se plaint de laisser échapper les objets. Le cutané plantaire est normal. Les abdominaux sont conservés.

La pression artérielle est revenue rapidement à 17-10. Elle est maintenant à 20-12. La température est à 37°8, 38° le soir. L'abattement est aussi marqué, les moindres mouvements exigent un aide. Depuis un certain temps, on observe des troubles digestifs : anorexie, constipation, nausées, état saburral irréductible. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien non hypertendu, renfermant moins de 1 lymphocyte par mm<sup>3</sup>, 0,36 cgr. d'albumine. Le benjoin, le Wassermann, le Meinicke sont négatifs. Le Vernes, densité optique : 0.

Une série d'injections intra-veineuses de salicylate de soude et de naïodine provoque l'apparition d'une quantité notable d'albumine dans les urines et doit être interrompue. Des vomissements apparaissent alors, et tout va en s'accroissant. La malade est absolument épuisée. Elle ne s'alimente à peu près plus.

Pendant 48 heures, la température monte à 38°5 le soir. A plusieurs reprises, et particulièrement la nuit, s'établit un état confuso-onirique. Elle croit voir un homme dans la pièce, un « animal » au pied de son lit. Elle appelle à l'aide, sort de son onirisme et déclare avoir eu une « hallucination ».

Nous revoyons la malade fin décembre. Les douleurs se sont légèrement atténuées, en même temps qu'une parésie de plus en plus marquée envahit les membres inférieurs. Le 25, la malade peut seulement replier les cuisses sur le bassin, fléchir et étendre les orteils. Elle atteint avec le pied gauche la main placée à 20 cm. au-dessus du plan du lit. A droite, toute élévation est impossible. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis des deux côtés. Les réflexes tendineux des membres supérieurs ne sont plus exagérés. Ils sont égaux des deux côtés. Les cutanés abdominaux sont conservés. Les vomissements sont devenus extrêmement fréquents, sans rapport certain avec l'alimentation, d'ailleurs à peu près nulle. L'état général est effondré, la tension à 15-10. La lucidité demeure entière.

La malade est transportée à l'hôpital de Nevers, le 2 janvier 1935, dans le service du D<sup>r</sup> Tixier, pour des raisons matérielles. Il confirme le diagnostic de névraxite et pratique un examen du sang qui révèle la présence de 4 gr. 40 d'urée. La mort survient le 5 janvier.

#### OBSERVATION XIII. — T... Etienne, 47 ans.

A été interné en octobre 1930 avec le diagnostic de mélancolie anxieuse. Cependant, on note dès lors, dans les certificats, à côté des traits mélancoliques et des idées de suicide, des idées délirantes de persécution.

Il s'est constamment présenté à nous sous l'aspect clinique d'une psychose hallucinatoire chronique banale. Le syndrome hallucinatoire est encore très actif, les réactions impulsives, au début assez fréquentes pour nécessiter l'alitement continu, sont aujourd'hui très atténuées. Le malade vit isolé et indifférent. Pas d'atteinte sensible du fond mental. L'observation ne mentionne aucun signe neurologique.

Sa femme nous a signalé qu'au printemps 1932 « il a eu une sorte de grippe, avec des troubles digestifs, comme avant cette enflure » (l'œdème récemment présenté). « Il se plaignait des lèvres, des oreilles, et puis des doigts, des extrémités comme maintenant, les ongles lui sont devenus « cotelés ». Le début des troubles a été assez brusque. « Il avait le raisonnement d'un homme ivre, bien qu'il n'ait pas bu », il ne dormait plus du tout, se plaignait souvent de la tête, y portait sans cesse la main, comme s'il y avait un mal inexplicable ».

Fin novembre 1934, le malade se plaint de malaises divers à prédominance digestive : sensations pénibles abdominales, anorexie, constipation. Il présente un état saburréal net. Il refuse de s'alimenter, est un peu anxieux, doit être alité.

Le 14 décembre, on observe l'apparition d'un œdème généralisé : œdème blanc, dur, ne gardant pas le godet à la pression, qui donnait

une sensation élastique très particulière. Les téguments paraissent tendus. Il prédomine aux membres, bras et avant-bras, cuisse et jambe, et s'arrête en manchette aux poignets et aux chevilles. Le visage est un peu indemne, légèrement bouffi. L'examen du cœur, des urines, ne révèle rien d'anormal.

Un régime et une médication toni-cardiaque et diurétique institués n'eurent aucun effet sur l'œdème. Le 21 décembre, on note une légère parésie faciale gauche, d'autre part, la démarche est un peu incertaine, le malade dit que « ses jambes sont sans force », comme après un long alitement. Il se plaint aussi de douleurs dans les membres inférieurs. Elles remontent à deux ou trois semaines, le malade ne leur attribue aucun caractère particulier. Elles surviennent surtout à l'occasion des mouvements. La pression des masses musculaires est douloureuse, celle des nerfs est indifférente.

L'examen neurologique montre une abolition généralisée des réflexes tendineux. Le cutané plantaire droit est normal. Le cutané plantaire gauche est en extension légère. Les abdominaux et les crémasteriens abolis. La motilité des membres supérieurs est également altérée, surtout du côté gauche, le malade avoue être devenu maladroit. Il existe une dysmétrie et une adiadococinésie nettes du côté gauche. La sensibilité objective, difficile à apprécier chez ce grand délirant halluciné, paraît altérée. Il se plaint sans cesse, outre sa maladresse, de troubles sensitifs des mains « qui ne sentent plus comme avant ». Il les compare à « l'onglée » ou « comme lorsqu'on a manié de la terre toute la journée ». Il se presse fortement les doigts, les paumes, pour exprimer qu'il ne perçoit plus normalement les impressions.

En quinze jours, coïncidant avec un traitement général, particulièrement riche en vitamines, l'œdème a disparu. Les phénomènes douloureux, les troubles de la sensibilité objective des réflexes sont à peu près inchangés. Il existe une atrophie marquée des muscles des jambes. La marche est à peu près normale. Il existe un signe de Romberg net. La pression artérielle est à 25-12 au Pachon. Le pouls est normal. La ponction lombaire montre : 0,25 cgr. d'albumine, moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>. Le Wassermann, le Benjoin, le Meinicke sont négatifs.

#### OBSERVATION XIV. — T... Emile, 54 ans.

Interné en juin 1927 pour psychose hallucinatoire chronique. Il était vraisemblablement, longtemps auparavant, un délirant. Il vivait isolé, porteur d'un chignon fait de tresses serrées de ses cheveux, longs de 60 à 70 cm. Difficile au début de son internement, il était beaucoup plus calme ces dernières années. Il s'occupait un peu, demeurait isolé et indifférent. Son observation ne relate aucun trouble organique ou neurologique

Au début de décembre apparaît un œdème généralisé, blanc, étendu aux membres, au thorax où il est très marqué, affectant une disposi-

tion en pèlerine. Il y garde les profondes empreintes que lui impose la pression des doigts. Aux membres, il est beaucoup plus dur, ne conservant qu'un léger godet à la pression. Les pieds et les mains y participent. Aucun signe cardiaque, aucune modification des urines n'explique cet œdème considérable. Il n'existe pas de dyspnée. Le pouls n'est pas accéléré. L'état général est assez altéré.

L'examen neurologique révèle une abolition de tous les réflexes, tendineux, des abdominaux, des crémasteriens. Pas de troubles moteurs ou sensitifs décelables.

Les médications cardio-rénales, un régime lacté strict n'amènent aucune amélioration de cet œdème. Le retour à une alimentation riche en vitamines coïncide par contre avec sa rapide disparition. Le malade apparaît alors considérablement amaigri.

Actuellement, il se plaint sans cesse de phénomènes douloureux dans les membres inférieurs: « C'est mes jambes, elles ne vont pas, d'ici (les chevilles) au genou », « elles sont froides, elles sont sans force, elles me font mal ». Souvent, il se découvre et les presse des mains, avec force. La motilité des membres inférieurs n'est plus intacte. Les jambes sont anormalement écartées, la démarche légèrement ataxique, le Romberg est net. Les mouvements du bras gauche paraissent également altérés. Il existe une adiadococinésie et une dysmétrie certaines. Tous les réflexes sont abolis. La recherche des cutanés plantaires entraîne une flexion et un éventail léger des orteils. Le malade est beaucoup plus troublé qu'auparavant. Les examens sont souvent impossibles, ou imprécis de ce fait.

#### OBSERVATION XV. — D... Violette, 24 ans.

Internée le 17 septembre 1932 pour « épilepsie avec troubles mentaux, actes de brutalité, fugues, tentatives de suicide ». A l'Asile, la malade présentait des crises fréquentes, des vertiges, des troubles du caractère, de l'apathie et une grande lenteur idéative. Etat physique très bon.

Le 2 janvier 1934, à la suite d'une forte crise, la malade présente une température à 40° avec céphalées, constipation, langue saburrale et légère angine. Pas de signes abdominaux ni circulatoires de typhoïde. Pas de signes méningés, pas d'éruption, les réflexes rotuliens sont vifs.

Le 12 janvier, la température persiste avec constipation, céphalées. En outre, le personnel signale une somnolence extrême et des myoclonies: secousses musculaires d'intensité variable intéressant des régions différentes: lèvres, front, cuisses, jambes. En même temps des troubles sphinctériens apparaissent et la malade doit être sondée. Troubles vaso-moteurs: apparition d'un placard rouge persistant si on frappe une région du corps, sueurs. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. La malade est très prostrée. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne: albumine 0,15, sucre 0,54, moins de 1 lymphocyte au mm<sup>3</sup>, benjoin colloïdal 000000000000.

Il semble que seul le diagnostic d'encéphalite puisse être retenu, malgré l'absence de troubles oculaires. Traitement : abcès de fixation, salicylate intra-veineux, cyanure.

Actuellement la fièvre est tombée, les myoclonies et la somnolence ont disparu, la malade paraît guérie. Cependant, les réflexes tendineux du membre inférieur sont abolis, tandis qu'ils sont nets au membre supérieur, ainsi que les cutanés abdominaux. Le réflexe plantaire se fait en flexion. A l'encontre des autres cas cités, D... n'a jamais accusé le moindre trouble de la sensibilité subjective ou objective.

Légère amélioration de l'état mental : les tendances revendicatrices, la lenteur psychique paraissent atténuées, enfin, aucune crise d'épilepsie n'a eu lieu depuis l'éclosion de la maladie.

OBSERVATION XVI. — N... Constantin, 36 ans. Sujet russe.

S'exprime très difficilement en français. A été interné pour psychose hallucinatoire. S'est toujours présenté à nous comme un dément précoce : riant ou criant sans motif, indifférent et inactif. Il n'a appris que quelques mots de français. A noter une évolution cyclique. Par périodes, il est plus troublé, se plaint, réclame on ne sait trop quoi, puis son état s'améliore, il s'occupe un peu, reprend en partie contact avec le monde extérieur. Il a pu, pendant quelques mois, sortir à l'occasion d'une de ces rémissions.

Au début de janvier 1935, il semble à nouveau inquiet, il indique par gestes qu'il souffre dans la tête, le thorax, l'abdomen, sur lesquels il promène sa main d'un air soucieux. Il demeure couché, la tête sous les couvertures, il s'alimente mal.

Le 15, on observe des troubles de la marche du type habituel. L'examen montre une parésie des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont abolis, l'achilléen gauche également, le droit existe, mais faible. Les réflexes tendineux du membre supérieur sont faibles. A gauche on note en outre une dysmétrie et une adiadococinésie légères.

Il ne semble pas exister de phénomènes douloureux nets, mais des impressions viscérales pénibles. La pression artérielle est à 13-9. Le pouls normal, l'état général satisfaisant.

OBSERVATION XVII due à notre collègue, Mlle le D<sup>r</sup> Martrille.

R... Marie, âgée de 48 ans.

Entrée le 23 mai 1934 pour une crise d'excitation maniaque avec logorrhée, agitation motrice, attitudes théâtrales.

En novembre 1934, anxiété, idées d'auto-accusation, refus partiel d'aliments, vomissements. En décembre, diminution progressive de la force musculaire au niveau des bras, fonte musculaire, parésie à type radial, réflexes très faibles, douleurs généralisées. Les troubles s'accroissent, l'hyperesthésie se généralise, mais prédomine, ainsi que les troubles moteurs, au membre supérieur gauche.

Le 10 janvier, augmentation du volume de l'abdomen avec tympanisme, diarrhée incessante et incoercible, rétention d'urine. Abolition de tous les réflexes et disparition à peu près complète de tous les mouvements volontaires (membres supérieurs et membres inférieurs). Dysarthrie (type sclérose en plaques). Dyspnée intermittente. Pouls petit et faible, très rapide. Déglutition difficile. Regard fixe, légère exophtalmie, faciès figé. Douleurs spontanées, très vives aux membres, de plus, le contact, le mouvement, provoquent des cris. Syncinésies. Myoclonies au niveau de la cuisse.

Mort le 14 janvier par syncope.

Il semble qu'il s'agisse ici d'une forme d'infection neurotrope ayant évolué comme un syndrome de Landry. Nous n'avons pas encore le résultat de l'examen anatomo-pathologique.

Enfin nous relaterons succinctement quelques manifestations imputables à des névraxites observées en dehors du milieu asilaire aux mêmes époques.

OBSERVATION XVIII. — M. C... a été traité, il y a un an, par le Dr Mirault, pour des crises angineuses typiques survenant à l'effort, irradiant dans le territoire cubital gauche. Un Wassermann pratiqué à cette époque a été négatif. Un examen radiologique a montré une aorte légèrement élargie, fusiforme. Tout est rentré dans l'ordre sous l'influence d'un traitement toni-cardiaque.

Au début de décembre, une monoplégie brachiale droite s'installe en quelques jours. Elle prédomine à l'extrémité du membre. On note une parésie faciale gauche fugace. Les réflexes tendineux sont faibles au membre paralysé. Tous les autres examens sont négatifs. Le malade dort très peu. La ponction lombaire montre moins de 1 lymphocyte par mm<sup>3</sup>, 0,30 cgr. d'albumine. Le benjoin, le Vernes, le Wassermann, le Meinicke sont négatifs.

Fin décembre, la paralysie régresse légèrement. En même temps apparaissent des myoclonies extrêmement nettes du territoire parésié.

OBSERVATION XIX. — X..., 20 ans.

Malade vue en consultation avec un confrère. Elle présentait un léger méningisme avec raideur de la nuque, céphalée, constipation, photophobie. Les réflexes étaient conservés, paraissant plus vifs à droite qu'à gauche, température 39°. La ponction lombaire montra une légère albuminose, le sucre normal, pas d'éléments microbiens.

Revue huit jours après, la malade est prostrée, pâle, très amaigrie, refuse toute nourriture, la température est à 40° et la dépasse. Les réflexes tendineux sont abolis et l'entourage et le médecin signalent du strabisme intermittent. Pas de myoclonies.

Mort quelques jours après.

Il semble qu'il s'agisse d'une encéphalite, la mère avait d'ailleurs,

avant la phase aiguë, remarqué une tendance très nette à la somnolence.

Traitement : abcès de fixation, salicylate intra-veineux, uroformine, peut-être trop tardivement institué.

OBSERVATION XX. — Mme G... Marthe, 42 ans.

Cette malade fera l'objet d'une communication ultérieure. Il s'agit d'un syndrome complexe d'origine encéphalitique dont le début remonte à janvier 1934. Il a longuement posé le diagnostic de tumeur cérébrale.

Fin octobre 1934, la malade présente un état confusionnel léger, avec manifestations diverses d'allure névropathique, palillalie, etc... Quelques jours après, un syndrome clinique et biologique de méningite apparaît, puis régresse pour faire place à celui d'un délire aigu avec monoplégie brachiale droite, coma rapidement progressif et mort en quelques jours.

Presque tous ces cas ont été observés à l'asile et à peu près exclusivement dans deux groupes de vieux quartiers en instance de démolition. Les conditions matérielles (insuffisance du chauffage et des conditions hygiéniques générales, humidité, obscurité relative) y sont également médiocres et propices à une intercontagion. Les quartiers restaurés de l'Etablissement sont demeurés à peu près indemnes. Dans les quartiers hommes un petit dortoir de quelques lits, annexé au cinquième quartier, paraît avoir été plus sévèrement touché. Cependant, le fait que des malades provenant de quartiers divers y étaient alités à l'occasion de manifestations pouvant n'être que les prodromes d'une atteinte encore imprécise, enlève de l'importance à cette constatation.

Quel que soit le virus à incriminer, il n'est pas douteux que l'affection se caractérise par la prédominance et parfois l'exclusivité des atteintes névritiques. Le trait le plus constant de cette névrite épidémique est l'existence de *paralysies flasques douloureuses*. Troubles de la motilité généralement globaux et uniformément répartis ou à prédominance proximale, touchant également les fléchisseurs et les extenseurs, allant de la simple maladresse en passant par des parésies de degrés divers jusqu'à la paralysie complète ; atteinte précoce, généralement profonde et persistante, de la réflexivité tendineuse ; troubles douloureux subjectif intenses des extrémités, sont des symptômes retrouvés à peu près dans toutes les observations. Ils constituent le critère syndromique nous permettant de rassembler des formes par ailleurs très dissemblables par leur allure générale. La perma-



nence de ces signes cardinaux nous autorise à rapprocher valablement des manifestations dont l'intérêt est précisément leur grande diversité.

A quelle affection peut-on rattacher cette épidémie. La question s'est longtemps posée à nous et notre préférence est allée successivement à des étiologies fort éloignées. La concomitance de cas typiques d'encéphalite — rarement observés à l'heure actuelle, croyons-nous — nous a fait pencher, en définitive, vers l'hypothèse de nouvelles formes atypiques de cette maladie, dont le polymorphisme nous était déjà bien connu.

I. — Nous écarterons rapidement la supposition qu'il puisse s'agir de polyomyélites antérieures aiguës. Le cas IV nous y avait fait songer un instant. Il était survenu peu de temps avant une petite épidémie régionale de paralysie infantile. Un cas avait été observé par le D<sup>r</sup> Mirault en clientèle et nous avons traité avec lui l'enfant d'un fonctionnaire de l'Etablissement. Celui-ci avait présenté une atteinte certaine avec début méningé et paralysie flasque, ultérieurement à peu près entièrement régressive, des deux membres supérieurs et des muscles de la ceinture scapulaire.

L'évolution, souvent très lentement progressive, l'absence fréquente de tout élément infectieux, l'atteinte globale et uniformément régressive, dans les cas favorables, de la paralysie, les autres manifestations, ne nous paraissent pas compatibles avec l'hypothèse de formes, même atypiques, de polyomyélite.

II. — Beaucoup plus proches nous paraissent des épidémies ou des cas sporadiques assez mal connus, observés généralement en milieu asilaire.

Sous le titre : « Une épidémie de paralysie ascendante chez les aliénés rappelant le bérubéri (1). » MM. Chantemesse et Ramond ont relaté des cas très analogues survenus en 1897 à l'Asile de St-Gemmes-sur-Loire. « Cette maladie se traduisait « par des modifications de la peau, des troubles digestifs, des « perturbations nerveuses qui faisaient penser à la pellagrè ; « elle montrait encore des œdèmes, des atrophies musculaires « intenses, des douleurs, des phénomènes de paralysie ascen- « dante, la perte des réflexes tendineux qui la rapprochaient « du bérubéri de l'Extrême-Orient. Elle s'attaquait enfin à une « certaine classe de la population de l'Asile, les indigents ; elle « frappait d'une manière plus générale certaines salles de mala- « des, comme si la contagion jouait un rôle dans sa genèse. »

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, p. 574.

Nous engageons vivement le lecteur à se reporter au texte même, particulièrement riche en faits cliniques originaux, de cette excellente relation dont nous ne pouvons retracer ici que les très grandes lignes. Nous signalerons au passage les traits généraux ou particuliers qui se retrouvent dans nos observations, indiquées par leur numéro. Début habituel par un œdème généralisé : « Cet œdème de la peau et du tissu cellulaire affectait la particularité remarquable d'être dur et de ne pas conserver l'empreinte du doigt qui le pressait. » (Obs. XIII).

On notait également : la fréquence remarquable du pouls malgré l'absence habituelle de fièvre, des troubles digestifs polymorphes, des algies diverses. « Un phénomène plus frappant était constaté déjà. Bon nombre de malades présentaient dans les parties découvertes de la peau, à la face et sur le dos des mains, une teinte brunâtre absolument semblable à celle qu'on voit sur la peau des hommes astreints aux travaux des champs. » (Obs. XII). Puis apparaissent les paralysies, paraplégies le plus souvent, mais aussi paralysies ascendantes, parfois de type Landry, partielles ou complètes, lentes ou rapides, régressives ou non. (Toutes observations). « Elles s'accompagnaient d'atrophies musculaires intenses et de troubles marqués de la sensibilité..., sous la forme de fourmillements incessants, de crampes, de tiraillements extrêmement pénibles. La pression des masses musculaires arrachait des cris aux malades. » (Obs. VII-XII).

Signalons les troubles vaso-moteurs : des « lésions de la peau se rapprochant beaucoup de celles de la pellagre », des atteintes articulaires qui tenaient dans l'épidémie de St-Gemmes une place de premier plan.

La gravité des phénomènes a été variable. Certains cas régresaient en quelques mois, laissant parfois des atrophies et des rétractions tendineuses (Obs. IV), d'autres évoluaient vers le marasme et la mort plus ou moins rapidement (40 décès sur 150 cas).

Les examens anatomiques et histologiques ont révélé des lésions profondes de névrite périphérique et des grandes cellules des cornes antérieures. L'hypertrophie de la rate est notée dans la plupart des protocoles d'autopsie. Les auteurs ont cru avoir identifié le germe causal.

Des épidémies semblables ont été observées : à St-Gemmes également par le Dr Billod, de 1855 à 1865 ; à l'Asile de Rennes par le même auteur ; à l'Asile d'aliénés de Dublin en 1894, 1896, 1897 ; à celui de Tusculooa (Alabama) en 1896. Symptô-

mes, évolution, lésions polynévritiques périphériques avec altération des cellules des cornes antérieures de la moelle, rapprochent étroitement tous ces faits.

En leur temps, ils ont posé longuement la question de leur rapport avec un certain nombre de maladies dites par carence : Béribéri, Pellagre, Kakke, etc... (Pellagre des aliénés de Billod), Chantemesse et Ramond ont insisté sur la parenté de la maladie qu'ils observaient et du Béribéri. Comme lui, « elle est, mais non toujours, une maladie de misère ».

Nous-mêmes, frappés de l'apparition à peu près exclusive des cas dans des quartiers où persistent de mauvaises conditions hygiéniques et du fait que plusieurs malades étaient des chroniques ou des malades chez lesquels les idées délirantes pouvaient entraîner de secrètes restrictions alimentaires, avons retenu la notion pathogénique globale d'une carence possible (1). Cependant, l'existence de cas en dehors du milieu asilaire (Obs. XII, XVIII) l'apparition de l'affection chez des malades entrés récemment (Obs. VIII, IX, XVII), chez des malades « travailleuses » robustes et s'alimentant très bien (Obs. II, III, IX, X, XII), chez un sujet recevant de fréquents colis des siens et découvert, paralysé, mais croquant une pomme (Obs. VII), permettent, croyons-nous, de rejeter l'hypothèse d'une carence comme facteur déterminant des symptômes. Il reste cependant qu'une certaine débilitation, de mauvaises conditions hygiéniques, sont des facteurs épidémiologiques vraisemblables. Une alimentation abondante, riche en vitamines, des toniques généraux, ont été les éléments les plus assurés de notre thérapeutique.

III. — Chantemesse et Ramond, dans leur travail, envisagent les rapports de leur épidémie et de l'acrodynie dont ils citent les épidémies de Paris (1828), de Belgique (1846), de Crimée. Nous avons nous-même, d'une façon tout à fait indépendante, été frappés de certaines analogies. Les troubles digestifs, l'« œdème dur qui souvent ne garde pas l'empreinte du doigt », les « paralysies précédées de douleurs vives », sont des signes qui sont retrouvés, par ces auteurs comme par nous, chez leurs malades ainsi que dans l'acrodynie.

Il ne nous a pas été donné d'observer personnellement de cas authentiques de cette affection, qui paraît se rencontrer aujour-

(1) Rappelons que l'acrodynie et l'Encéphalite ont pu être considérées par certains auteurs comme dues à une carence ou une intoxication. Vieillard notamment, a soutenu pour l'Encéphalite l'hypothèse d'une intoxication où il incriminait en particulier les haricots de Birmanie.

d'hui, surtout chez l'enfant. Chez ceux-ci, les phénomènes vasomoteurs si particuliers des extrémités sont, au moins dans les formes typiques, un symptôme majeur évidemment absent du tableau clinique de nos malades. Mais la bibliographie de la question montre l'extrême polymorphisme de l'acrodynie, surtout dans la forme de l'adulte, qui semble plus parente de nos observations. Si son nom suffisait à la caractériser, il n'est pas douteux que plusieurs de nos malades sont avant tout des acrodyniques. Rappelons à ce sujet l'épidémie de « Pédionalgie » ou « Douleurs aiguës sous la plante du pied », décrite à Padoue en 1806 par Santó Nicoletto, que Debré et Serval de Cosmi (1) rapprochent du « feu de saint Antoine » et de la « Maladie du fourmillement » pellagreux. Dans la description de Chardon fils (2), on note aussi, outre « les troubles digestifs : vomissements ou diarrhée, cette dernière parfois très abondante (Obs. V), les manifestations nerveuses riches, souvent observées : troubles subjectifs de la sensibilité, parésies ou paralysies surtout crurales, crampes, soubresauts des tendons ». Plusieurs observateurs du XIX<sup>e</sup> siècle (Chomel, Genest, Chardon) signalent la coloration bistrée et même noire de la peau, coloration qui n'est pas retrouvée dans les cas actuels de l'enfant.

Chez une des rares malades ayant fait l'objet d'une autopsie dans les épidémies du siècle dernier, on observait que : « la moelle épinière présentait dans la partie antérieure, seulement et depuis le septième dorsal jusqu'au dessous du milieu du renflement lombaire, ces ramollissements blancs sans aucune trace de vascularite ». M. Péhu, résumant les caractères de l'affection telle qu'elle est observée actuellement, indique :

- a) les manifestations cutanées caractéristiques des extrémités ;
- b) les manifestations sur les muqueuses ;
- c) manifestations psychiques ; insomnie ou hypersomnie, inversion du type normal du sommeil, agitation psycho-motrice, mélancolie ;
- d) manifestations sensitivo-motrices : douleurs vives, lancinantes ou formications, permanentes ou paroxystiques ; hypotonie musculaire accentuée, parésies disséminées, refus de la marche, difficulté à demeurer assis, fonte musculaire rapide, très accentuée ;
- e) manifestations circulatoires : tachycardie permanente prolongée, hypertension artérielle ;

(1) DEBRÉ et SERVAL DE COSMI. — Les formes cliniques de l'acrodynie infantile. *Le Monde Médical*, 15 janvier 1930.

(2) *La curieuse histoire de l'acrodynie*. M. Péhu, Synthèse, 2, 1934.

f) manifestations nutritives : amaigrissement rapide et marqué.

M. Péhu limite fort judicieusement ses conclusions, à propos des faits actuels comparés aux épidémies du XIX<sup>e</sup> siècle, à la « thèse... d'une similitude symptomatique mais non d'une identité de manifestations cliniques et de nature entre ces deux maladies ». Il énumère et étudie les caractères distinctifs. De même, Chantemesse et Ramond séparent finalement leur épidémie de celles d'acrodynie. Cependant, ils ignoraient deux grandes analogies symptomatiques de leurs malades et des enfants acrodyniques : la rapidité du pouls, « pathognomonique » (Debré), les troubles trophiques des extrémités. De même, nous nous bornerons à indiquer la parenté de certaines de nos observations, tant avec celles des anciens auteurs qu'avec certaines formes actuelles. Il est bien évident que tout rapprochement plus précis serait pour le moins prématuré.

Nous indiquerons dans ce sens :

— L'évolution générale de la maladie, se constituant en quelques jours ou en quelques semaines, ayant un décours habituel en quelques mois.

— L'allure générale de l'épidémie, comportant une série de bouffées de cas voisins avec contagion possible mais improuvable.

— L'apyrétisme généralement observé.

A côté de cette similitude des grandes lignes, nous relevons dans l'acrodynie :

— Les troubles de la motilité : fatigabilité, dérochement des jambes et du tronc d'allure polynévritique, paralysies vraies, paraplégies ou même quadraplégies (Van Bogaert) (Forme paralytique de Debré, forme myélitique de Rochaz). La fonte musculaire sinon l'atrophie accompagne ces troubles moteurs. La faiblesse ou l'abolition des réflexes est fréquemment observée (10 fois sur 12, Debré).

— Les troubles de la sensibilité. Elément constant, souvent le premier en date ou dominant le tableau clinique. (Forme sensitive de Debré) : fourmillements, chaleur brûlante, douleurs diverses des extrémités, alliés aux troubles trophiques réalisent le syndrome acropathologique d'Etienne May. Leur présence est à peu près constante chez nos malades (toutes observations). Leur prédominance, plantaire ou palmaire, leur fréquent caractère de brûlure, la vaso-dilatation des zones douloureuses comme dans les syndromes causalgiques (Obs. V, VII, XI) serrent de plus près encore l'analogie.

Les troubles digestifs, l'atteinte de l'état général s'observent habituellement dans les deux séries.

— L'examen du liquide céphalo-rachidien est également muet dans l'ensemble.

IV. — Un autre groupe de faits voisins est formé des cas de paraplégie survenant chez des malades mentaux, publiés par Petit et son élève Mlle Martrille. Ceux réunis dans la thèse de notre collègue (1) sont toutefois si divers qu'un rapprochement est bien difficile. Leur groupement a, nous semble-t-il, avant tout, le sens général d'une démonstration du rapport entre différents syndromes psychiatriques et des manifestations organiques caractérisées. Dans la plupart des observations, il s'agit d'associations psycho-organiques complexes, mais étroites, pouvant être rattachées soit à l'encéphalite, soit à la sclérose en plaques. Malgré la fréquence bien connue des cas atypiques et des formes de transition, il nous paraît plus intéressant, du point de vue de la pathologie générale, de rapprocher les faits analogues et de maintenir ou même de préciser la distinction, au moins provisoire, en types cliniques. D'autre part, pouvant correspondre à des constantes anatomopathologiques ou biologiques, chez nos malades, l'affection mentale est, dans l'ensemble, distincte de l'atteinte neurologique. Il semble ne s'agir seulement que d'une épidémie de névraxite dans un asile.

Cependant, l'observation VIII est assez superposable aux nôtres (après une série d'accès fébriles, modification rapide du caractère : irritabilité, agressivité et apparition d'un syndrome hébéphrénocatatonique. Plusieurs années après : paraplégie flasque complète pendant un mois : récupération lente des mouvements, abolition persistante des réflexes). On y note des douleurs lombaires et articulaires, des troubles digestifs, l'apyrexie, un minimum d'altérations du liquide céphalo-rachidien.

Les autres observations concernent des paraplégies en flexion, d'abord spastiques avec, secondairement, abolition des réflexes tendineux, sans phénomènes douloureux marqués, généralement associées à des symptômes de la série encéphalitique : poussées thermiques, périodes léthargiques, hypertonie, tremblements, altérations marquées du liquide céphalo-rachidien, troubles mentaux à prédominance de confusion et d'anxiété. Certains cas sont des scléroses en plaques typiques (Obs. V et VI).

(1) Mlle MARTRILLE. — Sur quelques cas de paraplégies associés à des syndromes mentaux. *Thèse de Paris*, 1931.

V. — Beaucoup plus proches sont les formes basses ou périphériques de l'encéphalite, décrites par R. Cruchet et H. Verger, Sicard, Bériel et Devic, Ravina, etc..., dont de nombreuses observations ont été publiées (Clovis Vincent, Ramond, Crouzon, C. Vogt et P. Delafontaine, Petiot, G. Kalmeter, Nonne et Strümpell, Teschendorff... et beaucoup d'autres).

Elles ont réalisé à plusieurs reprises de petites épidémies. L'ensemble des cas observés dans chacune gardant une silhouette clinique un peu distincte et remarquablement constante (Epidémie du bassin minier de Blanzky et des faubourgs de Lille observée par David et Dekester — « Polynévrite épidémique » de Roch et G. Bickel).

Dans ces épidémies, l'affection, assez bénigne, malgré quelques syndromes de Landry (Obs. VIII-XVII) comportait presque toujours une réaction méningée nette ; les algies étaient rares ou peu marquées, le début brusque et infectieux. Les observations de Bériel et Devic relatent un début légèrement infectieux, une invasion et une répartition des paralysies analogues aux nôtres ; leurs douleurs « sont rarement vives », les réactions méningées, les atteintes des nerfs craniens habituelles.

Celles de Cruchet et Verger comportent des symptômes ou des syndromes parfois exactement superposables aux nôtres.

Les auteurs notent « les douleurs sourdes, pesantes » du début, des « crises névralgiques épouvantables au niveau de la face, de la nuque, des membres ou de l'abdomen ». (Névralgie épidémique observée par le Dr Mallié dans la région d'Angoulême), la paralysie flasque, dont la localisation « procède par massifs musculaires entiers..., prenant un ou deux membres symétriques en totalité », l'intégrité habituelle du liquide céphalo-rachidien.

Ces malades présentent généralement un début infectieux marqué, fréquemment de petits signes encéphalitiques. La marche de l'affection, généralement régressive, peut se faire vers un syndrome de Landry.

Tous ces auteurs ont soutenu le rattachement des formes qu'ils observaient à l'encéphalite épidémique. Il ne saurait faire de doute pour la majorité des cas. Les preuves en sont : la concomitance de signes passagers d'encéphalite, notamment de paralysie des nerfs craniens, de somnolence, de myoclonies, etc... ou méningés, précédant ou suivant les paraplégies ; l'apparition de syndromes parkinsoniens ultérieurement ; la coïncidence épidémiologique d'encéphalite épidémique et de paraplégies (parfois remarquable : dans la même famille, Clovis Vincent a

observé une encéphalite typique et deux cas de paralysies flasques avec algies). Ces arguments nous paraissent s'appliquer à nos observations. C'est au sein d'une épidémie régionale discrète d'encéphalite, à côté de cas ou de symptômes certains de cette affection (Obs. IX, XV, XIX, XX) que sont apparues les modalités particulières de névraxite, faisant l'objet de ce travail.

C'est, avons-nous vu, aux formes basses ou périphériques de l'encéphalite qu'elles s'apparentent le plus. Elles ne sauraient cependant se confondre entièrement avec celle-ci.

Il semble que, lorsque les manifestations éparpillées de l'encéphalite se groupent en une poussée épidémique, il s'établit une certaine fixité du type morbide. Nous avons relevé à plusieurs reprises, dans la description des observations d'un même auteur, certains traits dominants ou communs (réaction méningée de l'épidémie de Lille, névralgies de celle d'Angoulême). Dans les 150 cas de l'épidémie, fort intéressante, d'encéphalite, observée à l'Asile de San Baudillo de Llobregat, « toujours prédominant les troubles cérébelleux », cependant peu habituels.

Semblablement, chez nos malades, les paralysies flasques, les douleurs des extrémités, constituent des symptômes primordiaux et constants.

Certaines nuances de ce syndrome : le caractère global, mais incomplet, des troubles moteurs, sans Réaction de Dégénérescence, même dans les cas où il existe une atrophie et une impotence marquées, leur progression ascendante, l'importance des troubles de la réflectivité (débordant largement les phénomènes paralytiques, les précédant, leur survivant), sont à peu près toujours présentes.

Autour de ce noyau clinique basal se répartissent des cas polymorphes qui s'ordonnent en deux groupes : des formes froides, surtout masculines, où les paralysies, prédominant aux membres inférieurs, les phénomènes douloureux, parfois les œdèmes, évoluent lentement avec conservation d'une intégrité relative de l'état général.

Des formes fébriles où les troubles digestifs, l'énorme atteinte de l'état général, le pouls très rapide et misérable, parfois une fièvre élevée prolongée, inexplicable, sont au premier plan du tableau clinique.

Nous publierons ultérieurement les résultats des examens anatomopathologiques actuellement en cours. Du tableau clinique il est déjà permis de conclure à l'existence probable de lésions à la fois névritiques, sans doute essentielles (2 cas sont à prédominance radiale nette) et de lésions associées à des cor-



nes antérieures (étant donné le caractère global et massif des paralysies, la prédominance proximale sans steppage, l'absence de douleur à la pression des nerfs).

\*  
\*\*

Ces faits apportent certes une contribution à la conception élargie de l'encéphalite épidémique, généralement admise aujourd'hui. Bien que centrés par l'existence de paralysies flasques, douloureuses, ils s'étendent vers les innombrables formes atypiques d'encéphalite et particulièrement vers les « périphériques ». Ils constituent aussi un trait d'union avec certaines affections assez autonomes dont la nature névraxite tend à être de plus en plus admise (acrodynie).

Cependant, il nous paraît également intéressant d'indiquer, pour finir, la voie de recherches que nous proposent les particularités épidémiologiques observées. Il nous semble qu'à l'existence de manifestations assez particulières et constantes, doit correspondre une certaine identité des facteurs pathogéniques.

Nous sommes portés ainsi à rapprocher davantage nos cas des névraxites observées par Chantemesse et Ramond et des épidémies asilaires semblables. Nous rappelons : que « la maladie s'attaquait à une certaine classe de la population de l'asile, qu'elle frappait d'une manière plus générale les indigents..., les serviteurs sont restés indemnes, les pensionnaires le sont restés aussi » ; les analogies plusieurs fois indiquées avec certains troubles par carence, les conditions générales défavorables dans lesquelles étaient nos malades, le bon effet d'un régime alimentaire riche en vitamines, la prédominance polynévritique des symptômes. Enfin, durant l'hiver 1932-1933, une large épidémie de grippe a sévi sur les mêmes quartiers. De même, dans l'épidémie de San Baudilio, les cas d'encéphalite étaient « plus nombreux et plus graves dans les sections d'aliénés où la grippe causa des dégâts... De toute façon, dans l'Asile, le personnel technique (médecins et infirmiers) et les pensionnaires, malgré qu'ils aient souffert de grippe, mais cependant en proportion non alarmante, furent libres du fléau ».

---

# LE TRAITEMENT DU SYNDROME PARKINSONNIEN ENCEPHALITIQUE PAR LE SULFATE D'ATROPINE A HAUTE DOSE (METHODE DE RÖEMER)

PAR

E. BAUER, J. GOLSE et G. MARQUET

Depuis dix ans, le traitement des états parkinsoniens dus à l'encéphalite épidémique chronique par les doses massives d'atropine est appliqué en Allemagne et dans d'autres pays d'Europe. Ses résultats ont été rapportés dans de nombreux travaux. Cependant, cette méthode est encore peu connue en France, malgré la communication, très intéressante, faite à l'Académie de Médecine par un de ses partisans les plus marquants, le professeur Marinesco (7). Nous avons trouvé quelques communications faites dans les Sociétés Médicales lilloises (5). Les Traités neurologiques récents ne la mentionnent pas. Dans l'article consacré au syndrome de Parkinson, de la *Pratique Médico-Chirurgicale* de Couvelaire, Lemierre et Lenormand, nous lisons que « l'atropine seule, à la dose de 1/2 à 2 milligrammes, a peu d'action ».

Nous employons la méthode de Röemer chez nos parkinsoniens encéphalitiques depuis 2 ans 1/2 environ. L'un de nous l'appliqua, après lecture de quelques publications allemandes, à une de ses parentes, chez laquelle toutes les autres médications étaient restées sans résultat important, ni durable. Le succès fut tel que nous n'hésitâmes pas à tenter la méthode également chez d'autres malades. Nous avons rendu compte des résultats obtenus dans une brève communication à la Société Médico-Chirurgicale et Pharmaceutique du Limousin, le 1<sup>er</sup> juin 1934 (4). L'un de

nous a choisi cette question comme sujet de sa thèse de doctorat (14).

La méthode du traitement par le Sulfate d'Atropine est due au Dr Römer, médecin-directeur de la Maison de santé d'Hirsau, dans la Forêt Noire. C'est pourquoi elle est appelée quelquefois « la méthode d'Hirsau » (13). Elle fut inspirée à Römer par les travaux de Bremer (1) sur l'action de l'Atropine dans les états parkinsoniens. Les premiers essais remontent à 1924 ; depuis, l'auteur a publié de nombreux travaux (9). Sa collaboratrice, le Dr Kleemann (6) a exposé la méthode dans un article paru dans la *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. On en trouve également un exposé concis dans l'article écrit par Römer pour le fascicule du 80<sup>e</sup> anniversaire de la Munchener Medizinische Wochenschrift (9).

« On commence par administrer, écrit l'auteur, trois fois par jour un quart de milligramme, en donnant la première dose après le petit déjeuner, la troisième avant le coucher, la deuxième à égale distance entre la première et la troisième. On augmente ensuite tous les jours de 1 à 2 quarts de milligramme. En cas d'apparition de troubles tels que vertiges, bouffées de chaleur, palpitations, douleurs gastriques, rétention d'urine, on reste à la même dose pendant plusieurs jours de suite. On augmente progressivement jusqu'à ce qu'on ne constate plus d'amélioration, ni subjective, ni objective. On maintient cette dose pendant un certain temps, puis on redescend de 1 à 2 quarts de milligrammes par jour jusqu'à ce que les premiers signes d'aggravation se manifestent. La dose optima ou d'entretien doit être fixée légèrement au-dessus de cette dernière dose. »

Le traitement doit être évidemment ininterrompu ; la dose d'entretien est très variable selon les sujets. Römer préconise actuellement une progression plus lente des doses, pour habituer plus facilement les malades au traitement. Il recommande également la division en deux fractions, espacées de quelques heures, de la dose du matin.

Les auteurs sont unanimes pour affirmer la tolérance parfaite des malades pour des doses mêmes très élevées d'atropine. On cite des cas, exceptionnels il est vrai, dans lesquels des doses quotidiennes de 180 milligrammes furent supportées, sans aucun malaise. La continuation du traitement au cours d'affections intercurrentes graves, n'eut aucune influence défavorable sur leur évolution. Des femmes purent continuer le traitement pen-

dant la grossesse, les couches, l'allaitement, sans inconvénients ni pour elles, ni pour l'enfant.

Quant aux accidents du traitement, il faut distinguer ceux du début, signalés plus haut, généralement tout à fait passagers si on augmente prudemment les doses, et ceux dus à des doses d'entretien trop élevées. Nous avons été obligés d'interrompre deux fois le traitement chez une malade, par suite de troubles digestifs très intenses, avec 3 ou 4 milligrammes d'atropine seulement par jour. Une troisième tentative a réussi depuis et la malade prend actuellement 11 milligrammes tous les jours, sans inconvénient. L'arrêt de la salivation, enregistré d'abord avec satisfaction par les malades, provoque souvent une sécheresse de la bouche péniblement ressentie. C'est encore un phénomène passager. Les troubles cardiaques : accélération du pouls et hypotension, plus fréquents chez les malades âgés, sont habituellement transitoires. Il en est de même de l'amaigrissement constaté souvent au début ; notre expérience personnelle est concluante à ce sujet. Mais les troubles digestifs dus à des doses d'entretien trop élevées peuvent être graves. Ils consistent en anorexie, amaigrissement, chute du poids. Siegmund a publié trois cas de mégacolon constatés à l'autopsie, Roemer a observé un cas d'iléus paralytique. On observe également, avec des doses excessives, des troubles neuropsychiques : fatigabilité, somnolence, obtusion intellectuelle, troubles de la mémoire, dépression, confusion, hallucination, délire. Les troubles de la vue, constants, ne peuvent être corrigés, parfois, que par des lunettes d'hypermétropie.

L'hypertension artérielle, les cardiopathies, les affections rénales, sont considérées comme des contre-indications au traitement par l'atropine.

Le mécanisme de l'action de l'atropine a été discuté par Marinesco et Façon (7).

Elle agit : 1° sur le tonus neurovégétatif en modifiant l'hyper-vagotonie, constante chez les parkinsoniens (Marinesco, Sante-noise) ;

2° sur la chronaxie des muscles qu'elle ramène à la normale ;

3° sur l'équilibre acido-basique du sang qu'elle modifie dans le sens d'une alcalose.

L'atropine agit donc, selon ces auteurs, sur le tonus du vague — grâce à une action sur les voies nerveuses périphériques et sur les centres végétatifs supérieurs — et sur les muscles eux-mêmes. « Le traitement des troubles du tonus post-encéphalitique par l'Atropine, d'après la méthode de Roemer », affirment-ils, « a donc une base expérimentale ».

Habituellement, le premier signe d'amélioration est la disparition de la salivation. Les crises oculaires s'atténuent rapidement, disparaissent souvent. Dès qu'on atteint la dose de 4 à 5 milligrammes, les malades signalent eux-mêmes la plus grande souplesse de leurs mouvements, la rigidité diminue progressivement, disparaît parfois. Le tremblement diminue également.

Marinesco et Façon ont rapporté la disparition du spasme de torsion dans 2 cas. Mais le traitement est resté sans effet sur un spasme de torsion dans un cas observé par Mlle Fiszant (15).

L'amélioration, souvent rapide, est parfois très lente, il faut attendre 3 à 4 mois quelquefois, et Røemer met en garde contre toute précipitation du traitement.

La majorité des malades acceptent sans difficultés de se soigner, en dépit des quelques malaises ressentis.

Malheureusement, le traitement par le sulfate d'atropine n'a qu'une influence médiocre sur l'état mental. Bien entendu, devant le résultat fonctionnel souvent excellent, la dépression affective, les tendances hypocondriaques, s'atténuent ; on signale également la diminution de la bradypsychie ; mais l'insociabilité, la quérulence, les réactions impulsives, les troubles instinctifs restent sans modifications.

Enfin, il y a lieu d'insister sur le fait que la méthode de Røemer est une méthode symptomatique. Elle n'arrête pas l'évolution de la maladie. Souvent, en cours de traitement, les troubles réapparaissent et ils sont alors moins bien influencés, dit Røemer, par une augmentation nouvelle de la dose d'atropine.

En ce qui concerne la proportion des résultats favorables obtenus, nous renvoyons aux travaux originaux, dont nous publions une liste à la fin de notre étude. Nous ne rapportons ici que la statistique de Røemer. Cet auteur a fait, en 1933, une enquête auprès de 98 encéphalitiques qui avaient été soignés à Hirsau entre 1924 et 1930. Il a reçu 74 réponses. De ces malades, 42 avaient quitté l'établissement avec une capacité de travail entière, 15 avec une capacité partielle, 17 avec une capacité nulle. En 1933, 28 avaient conservé une capacité entière, 20 une capacité partielle, 3 étaient décédés.

Nous rapportons ci-après les résultats que nous avons obtenus chez 8 malades, tous atteints de parkinsonisme encéphalitique. Nous nous sommes servis de la solution à 1 pour 200 de sulfate neutre d'atropine ; 1 goutte de cette solution correspond à un quart de milligramme. Invariablement, nous avons administré la dose journalière en trois fractions égales. 2 malades ont été soignés à domicile ; 6 sont des malades hospitalisées à la Section des Femmes de la Maison de Santé de Naugeat.

## Observations

OBSERVATION I. — Mme S. R., âgée de 46 ans, cultivatrice; encéphalite épidémique en 1920. avec épisode léthargique, guérison apparente; apparition d'un syndrome de Parkinson, à évolution lente, en 1924. La famille, frappée surtout par la lenteur et les troubles de l'humeur de la malade, l'accuse de paresse et d'hypocondrie. Ce n'est qu'au bout de deux ans qu'on se décide à la soigner. La malade est traitée par la génoscopolamine, l'urotropine, des injections d'arsylène, de salicylate de soude. Malgré les soins, l'état s'aggrave progressivement, et, au printemps de 1932, la famille, qui a entendu parler de la méthode de Roemer, dans une causerie de T.S.F., en langue allemande, nous écrit pour nous demander d'organiser le traitement. La malade est soignée, au début, par un de nos collègues alsaciens, le Docteur Burckard, de Sarreguemines. Elle présente alors un état de rigidité accusée, avec tremblement et crises oculogyres, d'ailleurs rares. Elle est déprimée, a des idées d'incurabilité et des idées de suicide à caractère obsessionnel. Elle prend jusqu'à 6 milligrammes de sulfate d'atropine par jour, et nous la revoyons environ 4 mois après le début du traitement, en août 1932. La rigidité a alors complètement disparu, le tremblement est insignifiant, pas de crises oculaires; l'activité est normale; l'entourage est enthousiasmé du résultat, mais la malade se plaint de difficulté d'effort intellectuel et d'accès de dépression avec idées obsessionnelles.

Au début de 1934 elle arrête spontanément son traitement sur le conseil d'une personne qui lui dit qu'elle risque de s'empoisonner. L'aggravation est immédiate. Nous la voyons au début de mai dans un état lamentable: rigidité généralisée très prononcée, tremblement, dépression affective profonde. Elle reprend de l'atropine et, peu de temps après nous sommes informés de l'amélioration survenue, en août nous avons l'occasion de l'examiner de nouveau. La raideur et le tremblement ont considérablement diminué, la malade est bien moins déprimée, mais elle nous confie qu'elle a toujours des obsessions de suicide. Pendant tout l'été elle a travaillé sans interruption. Nous nous sommes arrêtés à la dose d'entretien de 10 milligrammes (40 gouttes). L'état général est excellent. Le seul inconvénient dont la malade s'est plainte au cours du traitement, c'est le trouble de l'accommodation.

OBSERVATION II. — M. F. L., âgé de 34 ans. Antécédents collatéraux: 3 sœurs en bonne santé.

En 1919, épisode fébrile avec léthargie, phase de délire onirique, diplopie. Durée: 6 semaines. Température jusqu'à 40°. Guérison apparente jusqu'en 1928. A cette époque on note l'apparition d'un syndrome parkinsonien avec rigidité, tremblement et crises oculogyres particulièrement fréquentes: jusqu'à 2-3 crises par jour.

On emploie tout d'abord les traitements classiques, génoscopolamine, gardénal, urotropine, salicylate de soude, sans effet appréciable.

Le malade vient consulter en février 1933. C'est alors déjà un sujet infirme, la raideur est généralisée, le tremblement à grosses oscillations est prononcé, le faciès figé, l'attitude soudée, la démarche à petits pas. La voix est caractéristique, sans tonalité, précipitée. Le malade se plaint de salivation, et, plus particulièrement, de ses crises oculaires extrêmement pénibles. Le traitement par l'atropine est immédiatement institué ; combiné avec de petites doses de gardénal et avec de l'uroformine données par périodes alternatives. Le résultat est remarquable dès que le malade est à 3-4 milligrammes ; la rigidité diminue, le tremblement également, les crises oculaires sont plus espacées. Progressivement nous montons jusqu'à 40 gouttes (10 mmg.) ; la rigidité fait place à une souplesse complète. Dès lors, le malade est examiné tous les mois environ. Il travailla tout l'été aux champs, et le 1<sup>er</sup> novembre 1933 il se place comme domestique de ferme, dans un département voisin. Il suit méthodiquement son traitement et se porte toujours bien. Ses crises oculaires sont devenues très rares et très légères.

OBSERVATION III. — Mlle Pi. R., âgée de 27 ans, hospitalisée en 1920, à l'âge de 14 ans, pour encéphalite, internée en 1926, pour « débilité mentale et troubles du caractère ». Transférée à Naugeat, en 1927 ; docile et travailleuse habituellement, cette malade se montre extrêmement irritable et impulsive. Dans ses colères elle frappe les autres malades avec une brutalité sauvage. Mais il n'existe alors aucun trouble neurologique, sauf un certain degré de paresse de la mimique.

Au début de 1934, on constate l'existence d'un hémitemblement droit avec rigidité hypertonique et signe de roue dentée. Le traitement par le sulfate d'atropine porté progressivement à 7 mmg. 1/2 a pour effet la disparition de la raideur et du tremblement. La malade ne se plaint d'aucun malaise, mais elle a maigri de 1 kg. 700 en 4 mois.

Malheureusement l'état mental est resté sans changement. La malade se bat toujours avec ses compagnes, elle n'a pu rester à la buanderie où elle a travaillé pendant quelques semaines, parce qu'elle se faisait envoyer des billets doux par des malades du service des hommes, elle riposte grossièrement quand les infirmières lui font une observation.

OBSERVATION IV. — Mlle Ba. L., âgée de 19 ans ; encéphalite épidémique à l'âge de 5 ans. Hospitalisée à Naugeat, le 1<sup>er</sup> mars 1933 avec un syndrome parkinsonien très avancé. Rigidité généralisée. Malade grabataire, à peine capable de marcher, tremblement généralisé à grosses oscillations. Incapable de s'alimenter seule. Les réactions sérologiques sont négatives.

Le traitement par l'atropine, commencé en 1933, est d'abord modérément poussé. On ne dépasse pas 5 milligrammes. La malade peut se lever et manger seule, mais la rigidité persiste à un degré accusé. Au

début de 1934 nous augmentons de nouveau les doses et nous stabilisons le traitement à 15 milligrammes par jour, supportés sans aucun inconvénient. La rigidité a disparu complètement, le tremblement persiste, bien que moins intense. La malade se lève, s'habille seule, fait seule sa toilette, mange seule, aide au ménage, lave la vaisselle, etc... Son poids a augmenté de 2 kg. 500 entre août et novembre 1934. Elle est gaie, souriante, mais elle est querelleuse, et quand elle est en colère elle mord et elle griffe.

OBSERVATION V. — Mlle Ro. S., âgée de 27 ans, au moment de son admission, le 17 octobre 1933. La malade est grabataire, incapable de faire un pas ; elle présente un état de rigidité généralisée aux 4 membres, avec contracture et tremblement. En outre, elle a des crises d'agitation avec gémissements et cris.

Le traitement par l'atropine, institué dès l'entrée à l'asile, est porté progressivement à 15 milligrammes. La malade peut se lever, faire quelques pas dans le dortoir et manger seule. Mais elle est emportée, en juin 1934, par une broncho-pneumonie.

OBSERVATION VI. — Mlle Ni. M., âgée actuellement de 22 ans, entrée à l'asile le 30 juillet 1924, venant des hospices de Limoges, avec le certificat suivant : aliénation mentale, agitation, cris, gémissements, refus d'aliments, successifs à une encéphalite.

Antécédents héréditaires : père et mère alcooliques.

Antécédents personnels : encéphalite en 1920 ; elle aurait dormi pendant 4 jours.

En 1927, à l'époque de notre arrivée à l'asile, la malade présente déjà un syndrome de Parkinson bien prononcé, mais elle est encore capable de travailler. Malgré les médications instituées, l'état s'aggrave, bientôt la malade est obligée de cesser le travail, elle présente en outre des épisodes délirants avec hallucinations visuelles : elle voit des ombres d'hommes qui viennent la chercher, réactions pantophobiques, idées de mort imminente.

Deux tentatives de traitement par l'atropine échouent en 1933 et au début de 1934. La malade est atteinte de troubles digestifs avec douleurs, état saburral, vomissements, dès qu'on arrive à des doses de 3 à 4 milligrammes par jour.

Cependant nous tentons de nouveau l'atropine, en juin 1934. La malade présente alors une rigidité généralisée plus prononcée à gauche, avec masque complètement figé, attitude soudée, fortement courbée en avant, tremblement des membres supérieurs, des lèvres et du menton, spasmes oculaires d'intensité modérée et peu fréquents.

Cette fois, la malade supporte le traitement. Elle prend actuellement 11 milligrammes, la rigidité des membres a presque complètement disparu, le tremblement est atténué aux membres, mais reste assez intense au niveau du menton, des lèvres et de la langue. Le poids, en



régression légère d'abord, a augmenté d'1 kg. 100 d'août à novembre 1934.

Fait intéressant chez cette malade : elle n'a présenté aucun trouble délirant depuis qu'elle est traitée par l'atropine, alors qu'auparavant on a observé chez elle des épisodes délirants d'aspect confusionnel survenant spontanément.

OBSERVATION VII. — Mme Cha. F., âgée de 36 ans, atteinte de « grippe » en 1921, de troubles parkinsoniens depuis 1926. Entrée à l'asile le 19 mai 1933. Elle voulait mettre le feu à sa maison qui la rendait malade. A l'asile elle se montre lucide et consciente, mais elle récrimine continuellement contre son mari, sa famille.

La malade présente, au moment de son entrée, un syndrome de Parkinson très intense ; la rigidité est particulièrement prononcée à gauche ; il existe un tremblement à fortes oscillations des membres, et des mouvements automatiques de propulsion de la langue, en outre, une hypersalivation très intense ; pas de crises oculogyres. La parole est presque inintelligible.

Le traitement par l'atropine est porté progressivement jusqu'à 22 mmg. 1/2 (3 fois 30 gouttes) ; la malade oppose quelques difficultés, d'abord à cause de la sécheresse de la bouche, ensuite à cause des troubles de la vue. Actuellement elle le suit docilement. L'état général est bon, le poids a augmenté de 2 kg. 300 depuis août 1934.

La rigidité est très nettement atténuée, les mouvements de propulsion de la langue ont presque disparu, le tremblement des membres est insignifiant ; la malade parle beaucoup mieux, gardant toutefois la monotonie caractéristique de la parole, qui a persisté d'ailleurs chez tous nos malades, mais elle est déficiente au point de vue mental, et d'un caractère difficile ; elle ne cesse de récriminer, est irritable, riposte facilement par des coups. Elle ne se livre à aucune occupation.

OBSERVATION VIII. — Mlle C. L., âgée actuellement de 25 ans, entrée à l'asile en 1922, pour séquelles d'encéphalite épidémique, avec troubles du caractère et perversions instinctives, et d'hémiplégie gauche. Depuis 1927 cette malade est atteinte d'un spasme de torsion gauche très intense avec troubles caractéristiques de la marche et de la station debout, en outre, de contracture spastique du membre supérieur gauche.

Le traitement par le sulfate d'atropine, institué depuis juin 1934, a eu pour effet la disparition de la rigidité à droite et une atténuation nette, mais incomplète, de la contracture du membre supérieur gauche ; il est resté sans effet appréciable sur le spasme de torsion. La dose maxima, qui a été atteinte, a été de 24 milligrammes. Il a fallu la réduire à 20 milligrammes, par suite de troubles digestifs. La malade a légèrement maigri, mais l'état général est bon. Quant à l'état mental, il est sans changement. Cette malade est extrêmement violente et brutale, elle frappe souvent ses compagnes, les blessant parfois ; elle est absolument intimidable et incorrigible.

De l'étude de ces observations se dégagent les constatations suivantes :

a) *En ce qui concerne la tolérance au traitement.* — Les doses d'entretien variant entre 7 1/2 et 22 1/2 milligrammes par jour, ont été parfaitement supportées. Chez une seule malade, la dose maxima, 25 milligrammes, a dû être légèrement diminuée par suite de troubles digestifs. Les accidents du début ont été insignifiants ou nuls, sauf chez une malade qui a présenté des troubles digestifs deux fois, mais a bien supporté le traitement après une troisième tentative. La chute du poids a été modérée et passagère.

b) *En ce qui concerne l'action sur le syndrome parkinsonien.* — La rigidité a disparu dans les cas de début et d'intensité moyenne. Elle a complètement disparu dans un cas très grave. Elle a été considérablement atténuée dans les autres cas. Par contre, 25 milligrammes d'atropine par jour sont restés sans influence appréciable sur un spasme de torsion, ce cas est en opposition avec ceux rapportés par Marinesco et Façon. Le tremblement a été amélioré dans une mesure importante, dans la majorité des cas ; il a disparu dans un cas d'intensité légère, il a persisté dans d'autres cas, en particulier chez une malade : Ba, malgré la disparition complète de la rigidité. Les spasmes oculaires ont disparu ou ont considérablement diminué d'intensité et de fréquence dans tous les cas où ils existaient. La salivation s'est évidemment arrêtée. La récupération fonctionnelle a été remarquable dans certains cas, complète dans les cas légers et moyens, particulièrement impressionnante bien qu'incomplète dans un cas très grave (Ba).

c) *En ce qui concerne l'état mental.* — La dépression affective, les tendances hypocondriaques ont cédé la place à la satisfaction et à l'euphorie. Mais il s'agit là de troubles secondaires provoqués chez des malades lucides par la conscience de leur infériorité. Par contre des obsessions de suicide ont persisté chez une malade malgré l'amélioration considérable de l'état neurologique. Les troubles du caractère, irritabilité, insociabilité, impulsivité, les perversions instinctives, les signes de déficience mentale, n'ont pas été améliorés par le traitement.

Les résultats que nous avons obtenus avec la méthode de Roemer chez les parkinsoniens encéphalitiques nous autorisent à affirmer, avec Marinesco et Façon, que ce traitement « constitue actuellement la meilleure méthode pour soulager les malheureuses victimes de l'encéphalite épidémique ».

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. BREMER. — De l'hyposensibilité à l'égard de l'atropine (Ueber Unterempfindlichkeit gegenüber Atropin). *Deutsches Archiv für Klinische Medizin.*, Vol. 149, p. 340, etc.
2. BRAUNE. — Contribution au traitement des séquelles encéphalitiques par les fortes doses d'atropine. (Zur Behandlung der postencephalitischen Folgezustände mit hohen Atropindosen). *Monatsschrift für Psychiatrie*, 79, p. 216.
3. BUSSE. — Le traitement de l'encéphalite épidémique chronique par l'atropine à haute dose (Die Behandlung der chronischen Encephalitis epidemica mit hohen Atropindosen). *Archiv. für Psychiatrie*, Vol. 97, fasc. 1<sup>re</sup>.
4. BAUER et MARQUET. — Traitement des séquelles d'encéphalite épidémique par le sulfate d'atropine à haute dose. *Gazette Médicale Limousine*, juin 1934.
5. DUTHOIT et SENCE. — Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille, 22 janvier 1934.
6. KLEEMANN. — Communication concernant la thérapeutique de l'encéphalite épidémique chronique (Mitteilungen zur Therapie der chronischen Encephalitis). *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 111, p. 229, 1929.
7. MARINESCO et FAÇON. — Le traitement des troubles postencéphalitiques par l'atropine à haute dose. *Académie de Médecine*, 4 avril 1933.
8. POLSTORFF. — Résultats du traitement des malades atteints de parkinsonisme, en particulier par l'atropine à haute dose (Erfahrungen bei der Behandlung von Kranken mit Parkinsonismus, unter besonderer Berücksichtigung der Atropin-behandlung mit hohen Dosen). *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1931, n° 28.
9. ROEMER. — Le traitement par l'atropine des séquelles d'encéphalite (Zur atropin-behandlung der encephalitischen Folgezustände). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1930, n° 50 ; *Zeitschrift für Neurologie*, 132, n° 5 ; *Medizinische Klinik*, 1932, n° 7 ; *Medizinische Welt*, 1932, n° 32 ; fascicule du 80<sup>e</sup> anniversaire de la *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1933.
10. SCHENK. — Le traitement par l'atropine chez les encéphalitiques (Atropin-behandlung bei Encephalitikern). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1931, n° 28.
11. STEMPLINGER. — Contribution à la thérapeutique du parkinsonisme post-encéphalitique (Zur Therapie des postencephalitischen Parkinsonismus). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1930, n° 45.
12. STERCKEN. — Rapport sur l'emploi de l'atropine dans le parkinsonisme postencéphalitique (Bericht über die Verwendung von atropin bei postencephalitischen Parkinsonismus). *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933.
13. TEENSTRA et VISSER. — La méthode d'Hirsan, du traitement par l'atropine du parkinsonisme consécutif à l'encéphalite épidémique (Die Hirsauer atropin-behandlung bei Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica). *Nederlandsche Fijdschrift v. Geneeskonde*, I, 1, 1932.
14. GOLSE. — Le traitement par l'Atropine à hautes doses du parkinsonisme post-encéphalitique. *Thèse de Paris*, 1934, Jouve et C<sup>ie</sup> édit.
15. FISZHAUT. — Résultats du traitement des syndromes extrapyramidaux par le sulfate d'Atropine. *14<sup>e</sup> Congrès des Médecins et Naturalistes Polonais*, 1933.

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 14 Mars 1935*

---

**Présidence : M. Th. SIMON, président**

---

## PRÉSENTATIONS

### **Un cas d'exhibitionnisme féminin par délire d'interprétation, par MM. Th. SIMON et G. FERDIÈRE.**

Le cas d'exhibitionnisme que nous apportons aujourd'hui concerne une femme de 49 ans, entrée à l'Admission le 25 décembre 1934. Ses voisins s'étaient plaints d'elle à plusieurs reprises au commissaire de police. Quand lui-même l'eut convoquée, voici ce qu'il écrit sur la scène qui eut lieu au poste de police devant deux de ses agents: « Mme F., dit-il, nous saisit alors la main droite avec sa main gauche, puis, avec son autre main, elle essaie de l'introduire dans notre braguette. »

D'origine autrichienne, Mme F. a fait à Vienne des études assez solides et elle se préparait à l'enseignement, quand ses parents reconnurent chez elle des aptitudes particulières pour le dessin et la peinture. Ils lui firent suivre des cours à l'école des Beaux-Arts. Elle obtint une bourse et vint à Paris.

C'est là qu'elle fit la connaissance de M. P. Elle l'épousa en 1914. Elle en eut deux enfants. Ils se séparèrent en 1924 pour des raisons sur lesquelles nous aurons tout à l'heure à revenir brièvement.

Quoi qu'il en soit, et de retour à Paris après cette séparation, Mme F. ne tardait pas à se voir renvoyer des ateliers où elle travail-

lait ; elle ne vendait, d'autre part, ses tableaux, qu'avec beaucoup de difficultés. Elle se mit donc à chercher les raisons de cet échec constant, et, de supposition en supposition, elle a glissé insensiblement vers le système délirant dont elle est la victime depuis 3 ans environ.

Elle l'expose, en général, avec complaisance. Parfois, cependant, elle est légèrement réticente au début de l'examen : « Plus on se découvre, dit-elle, plus on a froid ; je n'ai rien à retirer, ajoute-t-elle encore, de ces interrogatoires serrés ; c'est vous seuls qui y gagnez, vous et la psychiatrie. » Mais, après ces préliminaires, il n'est pas ordinairement difficile d'obtenir ses confessions. Elle s'analyse avec soin, elle s'exprime avec aisance, clairement, recherchant constamment le mot propre ou quelque expression métaphorique qui traduise sa pensée aussi exactement que possible. Elle apparaît cultivée, parle d'ailleurs plusieurs langues, et cite tour à tour Jean-Jacques ou Diderot, Freud ou André Gide.

Selon Mme F., à l'heure actuelle, et tout particulièrement dans notre pays, tout est régi par un système assez curieux. Il y a partout une véritable discipline, analogue, dit-elle, à celle d'un jardin à la française ou d'une figure de danse. C'est une sorte de jeu, une systématisation des relations, sans laquelle on reste isolé, sans appui ; les choses animales étant les plus naturelles établissent les liens les plus sûrs. Aucun espoir si l'on n'y recourt. Ici, en France, c'est une nécessité. Un certain ordre est observé qui s'est répandu dans toute la population et qui est basé sur le développement organique de ce qu'on appelle amour. Le travail ni aucune chose ne peuvent remplacer le *sex appeal*. La bisexualité, voilà ce qu'on demande et qui peut seul conduire à une situation.

De ce système, image un peu déformée du monde — toutefois, mon Dieu, assez d'accord aussi avec certaines coutumes : que de baisers on voit dans le métro ! — Mme F. trouve des preuves personnelles. « Dans l'atelier de céramique que je fréquentais, dit-elle, j'étais mal vue. On me compliquait mon travail, parce que je n'avais pas su créer les liens sexuels nécessaires avec les autres employés... » Quand elle habitait au Perreux, il n'y avait pas jusqu'à sa charbonnière qui ne la tracassait, et lui livrait mal son charbon... parce qu'elle était seule.

Or, « à cette discipline, nous dit-elle encore, je ne peux obéir spontanément ; je ne peux réagir d'une manière rapide, fraîche et ingénue ; tout le mal est là, et c'est pour cette raison que les gens ne sont pas bienveillants pour moi... Tous les liens humains me paraissent avoir un fondement érotique... Quant à moi, je ne possède pas l'esprit qu'il faudrait... je ne sais pas répondre à l'attitude souriante ou moqueuse des hommes par cet élément de comédie, de coquetterie... habituel aux Françaises. Ma concierge, en cela, est plus simple que moi... »

En décembre 1933, sortant du cinéma où elle était avec son fils,

elle lui confie qu'elle n'a pu lier connaissance avec son voisin : « Tu vois, ajoute-t-elle avec quelque mélancolie, décidément je n'ai pas le truc ! »

Comment donc pénétrer dans cette communauté et rompre sa solitude ? Mme F. prend une grave décision : celle d'y aboutir par violence. Puisqu'il lui est impossible de réagir spontanément aux sollicitations de l'entourage, elle va le faire par des actes conscients et volontaires. Elle va se livrer à ce qu'elle appelle « des essais » ou « des attaques ». Elle va employer un langage systématiquement obscène, faire des plaisanteries déplacées, « des blagues un peu fortes », dit son fils. Elle va surtout accomplir certains gestes érotiques. Dans le métro elle se frottera contre les hommes, tandis que sa main cherchera à leur toucher les organes génitaux. En passant à côté de ses voisins, dans les escaliers de l'immeuble qu'elle habite, elle va saisir ses jupes et les relever rapidement jusqu'au ventre.

Et puis, ce ne sont pas seulement les hommes, comme nous l'avons vu, qu'il faut conquérir, mais les femmes également. De ce côté aussi il faut être à la page. L'homosexualité est, en France, selon Mme F., s'entend — et peut-être en effet dans les milieux qu'elle fréquente — autant la coutume que l'hétérosexualité. De ce côté aussi elle éprouve le besoin de se développer. Elle n'y a point de tendance naturelle, mais ainsi le veut le système qu'elle a découvert.

Ses expériences amoureuses furent toutefois surtout masculines. Elles furent nombreuses ; de plus en plus fréquentes ; et, de son propre aveu, en décembre dernier, par exemple, elle s'exhibait environ 4 ou 5 fois par jour.

Ces essais aboutirent assez souvent à des aventures, d'autant qu'elle se faisait un devoir, quand on répondait à ses avances, d'aller elle-même jusqu'au bout. Elle nous en rapporte quelques-unes, et telle rencontre, amorcée dans une bibliothèque et poursuivie sur les trottoirs d'une rue obscure et déserte, ne manque pas de pittoresque.

Maintenant les manœuvres entamées par Mme F. n'allèrent pas non plus sans inconvénients. D'abord il semble bien qu'elle attrapa la syphilis. Elle fut traitée plusieurs mois à l'Institut prophylactique, et, si examen du sang et ponction lombaire sont aujourd'hui négatifs, probablement ne le doit-elle qu'à un traitement intensif de mercure, de bismuth et d'arsenic... En outre Mme F. a été entraînée aussi à des choses rebutantes ; enfin elle a recueilli maintes injures et maintes gifles, gifles, ajoute-t-elle avec une certaine humour, plus brutales que pédagogiques.

Mais ce n'était pas cela qui pouvait la faire abandonner. Il semble même que cela l'encourageât... Si elle échouait quelquefois, c'est qu'elle ne savait pas « y faire ». Et puis, même si l'exhibition rapide de ses organes génitaux, ou telle autre manœuvre, n'avait pas pour conséquence immédiate le rapprochement sexuel, chaque fois Mme F. avait du moins l'impression que sa tentative la mettait, selon ses propres expressions, « en harmonie avec ses contemporains... »

« Quand je relevais mes jupes devant l'un, dit-elle encore, c'était un autre qui pouvait me montrer meilleur visage ou me rendre service par la suite... J'avais (c'est toujours elle qui parle) un drôle de sentiment : comme si les gens de la maison se disaient tout et formaient une collectivité. » De toutes façons ces expériences successives lui paraissaient avoir le résultat le plus heureux. Grâce à elles « elle avançait spirituellement ».

Au contraire, si elle ne fait absolument rien, les gens sifflent, ils la regardent d'un air moqueur, les commerçants lui refusent, par exemple, telle spécialité de jambon ; son fils même, qui lui a dit cependant qu'elle se conduisait comme une putain, et dont le souvenir lui arrache des larmes, son fils même, si elle ne fait rien, est de plus en plus désagréable. Dans ces moments il lui semble qu'elle est exclue de toute vie pratique.

Si, parfois, elle manquait de hardiesse, elle le regrettait ensuite. Ainsi, ayant consulté M. Borel, à la Clinique, elle s'y comporta comme n'importe quelle cliente, mais, dit-elle, elle aurait sans doute mieux fait de « *faire le geste*. M. B. lui aurait peut-être alors accordé un quart d'heure de berger. Lorsque quelqu'un s'est compromis pour nous, n'est-il pas naturel qu'on éprouve pour cette personne une certaine bienveillance ?... »

A son entrée dans le service, sur nos conseils et nos exhortations, elle a d'abord promis de s'abstenir, et elle a cessé, en effet, pendant quelque temps. Plus exactement elle ne savait comment se comporter. La mesure de l'internement avait ébranlé la croyance en la vertu bienfaisante des manœuvres auxquelles elle croyait devoir se livrer. Mais il y eut bientôt des reprises offensives. Elle discuta rapidement la consigne donnée : « On ne se débrouille que par des actions... Si je vous donne la promesse de ne pas agir, je retarde d'autant le moment où je pourrais, enfin, entendre un mot dévoué. Si on ne la délie de la promesse faite, elle sera bien obligée de se délier elle-même... Et n'est-ce pas même pour la forcer à passer outre qu'on la fait promettre ? Il faut risquer... Et puis, promettre, elle n'est qu'une femme et donc faible ! »

Elle reprit donc ses pratiques. Elle enregistra de nouvelles gifles, mais aussi certains succès. Ayant esquissé un attouchement sur une infirmière, celle-ci se déroba, c'est entendu, mais ne lui apporta-t-elle pas un bol de lait qu'elle ne lui avait point donné jusque-là ? Et comme, mon Dieu, il n'est point de chose qui n'ait son bon côté, avouez que raisonner un tel optimisme est bien difficile !

« Elle a eu trop de réussites, et elle a trop souvent constaté dans la vie la faillite de la retenue » pour que des appels à sa morale puissent vraiment être bien efficaces.

Ajoutons qu'on peut relever chez Mme F. une tendance à interpréter dans son sens les paroles les plus innocentes, et à trouver des invites où un esprit moins prévenu ne verrait pas malice. Ce sont calembours.

bours un peu grossiers et faciles mais qui soulignent l'orientation continuelle de sa pensée. Après avoir argumenté avec elle, elle nous demande : « Quelle conclusion ? — Tirez-la », lui répondons-nous. « Oh ! réplique-t-elle tout aussitôt ; tirez-la..., les Parisiens désignent par là toute autre chose ! » Lui rappelle-t-on qu'elle doit tenir sa promesse : « Tenir, dit-elle, ça c'est un bon jeu de mots. » Ajoute-t-on encore, en faisant allusion à sa sortie, afin de la décider davantage : « C'est à prendre ou à laisser. » « Eh bien ! répond-elle, *je veux prendre* ; de quoi s'agit-il, disait déjà le Maréchal Foch ? » Une autre fois elle se rappelle aussi telle thière portugaise avec bec, dont le bec, ma foi, tellement droit, rappelait ce que vous devinez !

A côté du système précédent deux autres ordres de symptômes : des réflexes rotuliens vifs, et des préoccupations hypocondriaques. La crainte que sa syphilis soit mal éteinte est naturelle. Mais, un jour, Mme F. se plaint de ses yeux, un autre jour de vertiges et de céphalées, ou de torpeur... ou assez fréquemment encore d'un point de côté intervertébral, de palpitations (et, de fait, son cœur est parfois rapide). Peut-être s'agit-il de troubles de la ménopause : ses règles sont de plus en plus espacées et courtes. Toutefois, un examen organique ne révèle nulle part de lésion ; la tension artérielle est normale. Et nous nous sommes quelquefois demandé si ces idées hypocondriaques n'étaient pas seulement un prétexte à se déshabiller et à montrer ses charmes.

On aura remarqué enfin l'embarras des explications, leur tournure un peu philosophique. Tout cela, dit-elle elle-même quelquefois, est « guindé ». Les citations abondantes que nous avons données suffisent, croyons-nous, à mettre le fait en évidence et nous n'y insistons pas. La rumination que ces formules semblent impliquer n'est toutefois pas sans intérêt.

9712

Deux questions viennent naturellement à l'esprit. D'abord, peut-on trouver l'origine des troubles de cette malade dans sa vie sexuelle antérieure ? Y a-t-il chez cette Viennoise une base freudienne ? Ensuite, quelle part y joue l'excitation érotique proprement dite ? Le système, notamment, n'est-il qu'une excuse intellectuelle, qu'une construction secondaire élaborée sous le coup d'un désir inconscient ?

En ce qui concerne sa vie sexuelle passée Mme F... elle-même en fait l'opposition avec ses pratiques nouvelles. Juive elle a été élevée dans un milieu extrêmement austère. Elle avait les principes rigides d'autrefois. Elle aurait été à l'égard de son mari d'une fidélité exemplaire. Un jour, pourtant, elle nous a fait à cet égard un aveu quelque peu troublant, mais passons. D'autre part, peu de satisfaction amoureuse. Son mari lui reprochait son ignorance. Et des histoires d'alcôve ne semblent pas avoir été



étrangères à leur séparation. Aujourd'hui, elle se plaint qu'il l'ait parfois choquée par des exigences peu normales, ou que, commençant à l'exciter normalement, il ait trop souvent et tout à coup cessé de continuer. Que n'avait-elle son savoir d'aujourd'hui ! « J'aurais alors, dit-elle, cherché à obtenir par des choses mécaniques ce que mon seul aspect ne produisait pas. » Nul doute une déception, un regret de ce côté. Et, si le système délirant que nous avons exposé nous paraît bien commander ses réactions, si Mme F... espérait avant tout, comme elle nous l'a dit, réussir, en s'exhibant, à obtenir le secours de chômage qu'on lui refusait, il y a peut-être aussi l'espoir d'une satisfaction amoureuse qu'elle n'a pas éprouvée, et qu'elle imagine telle d'ailleurs que probablement elle ne la pourra jamais rencontrer.

Donc, sous-jacente au système, si l'on veut, une aspiration érotique moins consciente. Et, cependant, — et c'est un autre trait curieux chez cette malade, — pas d'excitation érotique à proprement parler. Elle ne s'exhibe pas, elle ne fait pas de gestes obscènes par une passion qu'elle ne peut inhiber. Elle n'est point lascive. Ni œillades, ni caresses. Elle n'a nullement les sens excités. Elle opère à froid. Elle n'y est pas portée intérieurement. Elle n'est pas perverse. Ça n'est pas de son goût. Même cela lui est désagréable, lui coûte, dit-elle, un grand effort. Et cela pourrait être en effet, tout au moins quelquefois. Elle agit contre sa nature vraie. Elle doit vaincre sa timidité. Toutes les choses qu'elle fait sont des mesures pour s'adapter à une sensualité qui n'est pas la sienne. Si elle le fait, c'est afin d'arriver à être considérée comme normale. Et si elle le fait quasi-publicquement, c'est qu'il faut risquer... Et puis, n'est-ce pas ce qu'on lui demande ? Elle-même, au fond, aimerait autant rester seule. Mais ici en France c'est impossible. Mme F... est donc bien, comme nous le disions au début de cette communication, victime de son système et de sa conception des relations mondaines.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de cas d'exhibitionnisme semblable à celui-ci, et c'est pourquoi nous avons cru intéressant de le rapporter avec quelque détail.

M. SCHIFF. — Le cas si intéressant de MM. Simon et Ferdière soulève un double problème : le mode de formation et la signification de l'exhibitionnisme chez cette femme, d'une part, et de l'autre le rôle du système interprétatif.

Les présentateurs se demandent si leur cas relève de la psychanalyse. On peut croire, tout d'abord, que les données psychanalytiques seraient plus utilement mises à contribution dans des

cas où la sexualité est refoulée ou transformée que chez cette malade où elle ne s'extériorise que trop facilement.

On doit constater néanmoins que la perversion a chez cette femme un aspect paradoxal. L'exhibitionisme féminin est en effet cliniquement rare, il représente une agression sexuelle, il a, de ce fait, un caractère masculin. Son association avec un syndrome interprétatif est donc intéressante : on sait que la psychanalyse a permis de retrouver dans de nombreux cas de paranoïa l'existence d'une homosexualité cachée, qui se manifesterait ici par cette agressivité immédiatement érotique.

Mais est-il certain que le syndrome interprétatif et persécutif a chez cette malade un caractère primaire, fondamental ? Ne peut-on pas penser aussi bien à une obsession-impulsion aux racines inconscientes et qui veut se justifier par des raisonnements échafaudés de façon secondaire et hâtive ?

Ou plus simplement ne s'agit-il pas d'un exhibitionisme de défi et de dépit, d'un jeu obscène imaginé par une femme frigide et étrangère qui trouve dans le scandale public une compensation à peu près consciente à cette double infériorité ?

M. GUIRAUD. — Je me demande si l'on peut considérer cette femme comme délirante. Elle nous a fait une conférence sur un ton dans des termes et avec une logique tout à fait comparables à ceux des conférenciers. Son raisonnement n'a rien de pathologique. Mais son exhibition est un acte pathologique. De sorte qu'il me semble que chez elle, c'est l'excitation sexuelle qui est primitive. Le système apparemment délirant n'est qu'une justification.

M. Th. SIMON. — Nous n'avons, dans sa conduite, rien surpris qui puisse prouver une excitation érotique véritable. Les actes d'exhibition sont déterminés par le sentiment que leur exécution lui vaut la sympathie, et que leur abstention lui vaut au contraire l'hostilité d'autrui. D'après la doctrine même de la paranoïa, les interprétations paranoïaques ont pour caractère de ne se distinguer en rien des interprétations des gens normaux. Le délire d'interprétation ressemble donc à un raisonnement normal, bien que la croyance et l'illusion sur lesquelles repose celle-ci soient pathologiques. Il semble que l'exhibitionisme ne soit chez elle que la conséquence du système délirant.

**Démence alcoolique polynévritique et contracture des fléchisseurs de la main, par MM. Paul COURBON et Louis MARS.**

La malade que nous présentons est intéressante, moins par le problème diagnostique qu'elle pose, que par la façon dont il se pose. Ce problème est celui du rapport d'un syndrome neurologique avec le syndrome psychiatrique qui l'accompagne. Mais il se pose d'une façon particulièrement difficile, étant donné qu'il s'agit d'une amnésique et d'une négativiste qui résiste à l'examen.

Il s'agit de lésions polynévritiques certaines, et peut-être de lésions nerveuses centrales qui s'accompagnent d'un syndrome démentiel.

C'est une femme de 58 ans, qui a été internée le 6 février, avec le certificat peu explicite que voici : Etat délirant avec hallucinations et réactions dépressives, projection d'objets, agitations qui constituent un danger pour son entourage et motivant son placement dans un asile spécial. (D<sup>r</sup> Jacquelin).

A. L'examen psychiatrique apprend que depuis son arrivée à Vaucluse, le 9 février, son attitude n'a pas varié.

Elle reste alitée, plongée sous ses couvertures, ou la face tournée contre la muraille, ne se souciant pas de ce qui se passe autour d'elle, ne cherchant à entrer en communication avec personne, acceptant la nourriture qu'on lui donne, réclamant impérieusement et itérativement à boire ou le bassin, se mettant en colère si on n'obtempère pas immédiatement à ses injonctions, ne remerciant jamais, injuriant presque toujours et en termes grossiers le personnel qui n'est jamais assez prompt à lui obéir. Le plus souvent, elle garde le silence, mais elle tient parfois de courts soliloques qui sont des protestations imprécises ou des ripostes injurieuses : « Tas de salauds », « c'est pas vrai ». « Naturellement, c'est encore à moi la faute. »

Souvent, également, les divagations tenues à la cantonade par des voisins de salle délirant tout haut, sont interprétées par elle comme des injures, auxquelles elle répond par des flots de propos orduriers.

En somme, livrée à elle-même, elle semble vivre dans un autisme vaguement hallucinatoire ou, plus exactement, onirique; autisme dont le thème est fourni par des idées de persécution.

Quand on l'aborde, elle oppose un négativisme courroucé : « Je ne sais pas. Foutez-moi la paix, Laissez-moi tranquille. » Si on insiste, elle se met à pleurer et à se plaindre : « Voilà qu'on recommence. On veut encore me faire des méchancetés. Naturellement, je suis capable de tout. J'ai fait tous les crimes ; vous pouvez me juger. »

A force de patience et de diplomatie, on arrive parfois à la calmer et à obtenir d'elle une conversation assez suivie, pour permettre l'identification de certains syndrômes caractéristiques de son état mental.

Elle sait être née le 4 avril 1877 ; s'être mariée en 1896, à l'âge de 19 ans ; avoir eu au bout de 9 mois un garçon dont elle ignore l'âge actuel, mais qui est mort ; avoir eu ensuite une fausse-couche, puis une fille, née un lundi 25 décembre 1899, dont elle ignore l'âge actuel ; enfin avoir eu, à 24 ans, une fausse-couche qui lui laissa une phlébite double dont elle guérit complètement. Ces renseignements ont été reconnus exacts par sa fille.

Elle sait avoir habité avec son mari, qui était tourneur, d'abord rue Marceau, 5, puis rue de la Villette, 5, puis rue Chardane, 5, puis au Pré-St-Gervais, Grande-Rue, 25, puis un peu plus loin dans la même rue, 70.

Mais elle est incapable de dire le temps où elle resta dans chaque domicile ; de dire combien de temps il s'est écoulé depuis chacune des dates qu'elle donne, et de fournir la moindre indication sur les dernières années de sa vie ; depuis quand elle est ici ? pourquoi elle y est ?

Interrogée sur l'heure de la journée, elle est incapable de la dire. A 4 h. 1/2 de l'après-midi, elle croit n'avoir pas déjeuné, s'écriant que c'est l'heure de l'apéritif, car « elle sent qu'elle la crève ». Un autre jour, à 11 heures du matin, elle se croit l'après-midi, car elle n'a pas faim. Un jour de parloir, elle a oublié à 4 heures de l'après-midi qu'une heure plus tôt sa fille est venue la voir. Elle ne connaît le nom de personne. Elle ne reconnaît aucune infirmière. Elle ne sait pas qu'elle est dans un hôpital. Le plus souvent, elle croit être devant un tribunal.

En somme, on note une amnésie de fixation énorme, une conservation des souvenirs anciens, mais avec une localisation très imprécise.

Elle fait la réponse telle qu'elle lui vient à l'esprit. Jamais on n'obtient qu'elle essaye de la corriger. Elle se dérobe à tout effort de calcul et se réfugie dans l'amnésie plutôt que de se contraindre. « Je ne sais pas. » « J'ai oublié. »

Ses réponses, toujours laconiques, souvent accompagnées d'insolences, s'agrémentent parfois d'ironies. « Faudra-t-il que je vous dise le jour et l'heure auxquels je les ai faits », dit-elle, quand on insiste pour savoir la date de la naissance de ses enfants.

« J'ai quitté Troyes quand j'étais enfant, bien sûr ça ne date pas d'aujourd'hui. » — « Voilà deux charlatans qui veulent m'hypnotiser et m'exposer à la foire de la barrière du trône, s'écrit-elle, en nous entendant dire que nous la présenterons à la Société Médico-psychologique. » — « Donne-moi le bassin et foutez-moi la paix, car vous êtes bassinoires. »

Son indifférence intellectuelle et affective est complète. Elle ne

s'intéresse à rien, elle ne lit rien, n'écoute rien. Elle dit que son fils est mort à la guerre, que sa fille avait un enfant. Elle ignore s'ils sont vivants ou morts et le déclare sans manifester la moindre émotion.

B. L'examen physique est bien difficile à cause de l'impatience et de l'indocilité de la malade qui résiste, pleure ou injurie.

Neurologiquement, on constate cependant : 1° aux membres inférieurs : une paraplégie complète avec pieds-bots équins irréductibles, abolition des réflexes achilléens et rotuliens, hyperesthésie musculaire des mollets, rétraction des tendons achilléens et fléchisseurs.

2° Au membre supérieur droit, une contracture des fléchisseurs de la main. Le pouce fléchi et, en adduction, est recouvert par les quatre autres doigts fléchis, au-dessus de lui, dans l'attitude du joueur de billes ; une limitation légère de l'extension de l'avant-bras sur le bras. Spontanément, le sujet peut fléchir et étendre l'avant-bras sur le bras ; mettre son membre en abduction, jusqu'à l'horizontale, hausser l'épaule. Mais les mouvements volontaires d'extension des cinq doigts ne peuvent être qu'esquissés et, passivement, on ne peut pas parvenir à les étendre.

3° Aucun signe de paralysie faciale. Abolition des réflexes ostéotendineux partout. Réflexes plantaires et abdominaux abolis. Paresse des réflexes iriens de l'œil droit.

Une cataracte vraisemblablement traumatique de l'œil gauche.

Par ailleurs, la tension artérielle est sensiblement la même à gauche et à droite : 15 1/2 et 9 1/2. Le facies est couperosé comme celui des alcooliques, avec des cicatrices de chutes.

Au point de vue de l'examen des urines, il n'y a ni sucre, ni albumine.

Au point de vue humoral, le liquide céphalo-rachidien a une tension de 28. Albumine, 0,30. Pandy et Weichbrodt, négatifs. Leucocytes, 1,6. Nombreux globules rouges. Meinicke, négatif. Bordet-Wassermann, négatif.

C. De ses antécédents, nous savons par sa fille que son mari la quitta en emmenant ses enfants dès 1912, parce qu'il ne pouvait pas obtenir qu'elle se corrigeât de son intempérance alcoolique. Depuis, elle vécut en ivrognesse, comme chiffonnière, s'enivrant fréquemment jusqu'à tomber ivre morte. Sa phlébite ne lui laissa aucune paralysie. Ce n'est qu'il y a un an, qu'elle fut paralysée des deux jambes et de la main droite qui, à cette époque, était simplement pendante et non fermée. A ce moment, sa fille qui, depuis des années ne la fréquentait pas, fut appelée, fit ces constatations et remarqua qu'elle délirait. On la fit conduire alors à l'hôpital.

En résumé, il s'agit d'une femme alcoolique invétérée, âgée de 58 ans, qui eut jadis une phlébite puerpérale double et qui présente à l'heure actuelle : d'une part, un syndrome neurologique

constitué premièrement par une paraplégie flasque des membres inférieurs avec abolition des réflexes ostéotendineux, rétractions tendineuses des fléchisseurs, et deuxièmement par une contraction en flexion de la main droite ; d'autre part, un syndrome psychopathique d'amnésie de fixation, de paresse intellectuelle, de délire subonirique de persécution, d'indifférence affective et d'irascibilité d'humeur.

C'est à l'aide des signes objectifs que l'on doit faire un diagnostic dans un tel cas, puisque le sujet est incapable de répondre correctement.

1° C'est donc par la discussion du *syndrome neurologique* qu'il faut commencer. Il est bien évident que l'état des membres inférieurs (paraplégie flasque, pieds bots équin, abolition des réflexes) est en rapport avec une polynévrite dont l'étiologie revient à la fois à l'infection puerpérale qui causa une phlébite double et surtout à l'intoxication alcoolique.

Mais l'interprétation à donner à la contraction des fléchisseurs de la main droite est plus discutable. On peut la considérer soit comme une contraction véritable d'origine pyramidale, soit comme une persévération d'attitude vicieuse, attitude prise lors de l'atteinte polynévritique aujourd'hui guérie, alors que l'hypotonie des extenseurs paralysés conditionnait une hypertonie des fléchisseurs.

En faveur de la contraction pyramidale, il y a l'attitude même de la main qui est celle de l'hémiplégie spasmodique. Mais on ne note aucun signe de lésion pyramidale (réflexes ostéotendineux abolis, pas de Babinski) ; aucun signe d'hémiplégie si ce n'est peut-être l'insuffisance d'extension de l'avant-bras sur le bras, qu'on peut d'ailleurs expliquer par le négativisme du sujet (la mobilité volontaire est conservée dans tous les segments du membre, la face est intacte, l'occlusion isolée des yeux est possible).

En faveur de la persévération d'une attitude vicieuse née au moment d'une polynévrite aiguë des extenseurs de la main, il y a tous les signes négatifs de la contraction pyramidale que nous venons de citer. Il y a le négativisme mental. Il y a enfin la déclaration de la fille de la malade qui affirme que l'invalidité de la main a débuté contemporanément avec celle des membres inférieurs.

Cette dernière hypothèse d'une persévération d'attitude vicieuse consécutive à une névrite radiale guérie, satisfait mieux la tendance scientifique de rattacher à des lésions identiques la totalité des signes d'un syndrome. Il s'agirait d'une tri-

plégie névritique. Et le rapport à envisager entre le syndrome neurologique et le syndrome psychiatrique serait simple : ce serait celui des polynévrites et des psychoses. D'ailleurs les griffes sont assez fréquemment observées comme séquelles des polynévrites.

L'autre hypothèse de la contracture pyramidale ferait admettre l'existence de lésions centrales surajoutées aux lésions névritiques des membres inférieurs. Cela ne compliquerait pas l'étiologie, car l'alcool est aussi redoutable pour les centres que pour les nerfs. Mais cela compliquerait les rapports à envisager entre le syndrome neurologique et le syndrome psychiatrique. Il faudrait envisager à la fois le rapport des polynévrites et des psychoses et le rapport des lésions organiques cérébrales et des démences.

2° Voyons maintenant le *syndrome psychiatrique*. Il est constitué, avons-nous dit, par : de l'amnésie de fixation, de l'inertie intellectuelle, du délire subonirique, de l'indifférence affective et de l'irascibilité d'humeur.

Nous constatons immédiatement dans cette indifférence affective, cette atteinte énorme de la mémoire, cette inertie intellectuelle des caractères opposés à ceux des états mentaux, liés à des lésions cérébrales circonscrites. Dans ces cas, le sujet est plus ralenti, plus diminué que dément. Il a conscience de son état. Son affectivité, sa sociabilité, sont en partie conservées. L'état mental n'est donc pas en faveur de l'existence d'une lésion centrale importante.

Au contraire, l'amnésie de fixation et le délire subonirique sont les caractères essentiels des états mentaux liés aux lésions polynévritiques, ainsi que l'a signalé Korsakoff et que l'ont montré en France Régis, Dupré et d'autres auteurs.

L'histoire de notre malade qui eut une phlébite puerpérale double, puis qui subit une longue imprégnation alcoolique avant d'être paralysée et avant d'avoir des troubles mentaux est semblable à celle que décrivirent Dupré et René Charpentier (1) sous le nom de psychopolynévrite.

L'intensité de son indifférence affective est un argument de plus pour la conception de ces auteurs, concernant la nature démentielle de la psychopolynévrite chronique. Le sexe, l'âge

(1) E. DUPRÉ et René CHARPENTIER. — Des psychopolynévrites chroniques. *L'Encéphale*, avril 1908.

E. DUPRÉ et René CHARPENTIER. — Un cas de psychopolynévrite chronique. *L'Encéphale*, janv. 1909. — Psychopolynévrites chroniques et démence. *L'Encéphale*, février 1909.

et le passé de notre malade confirment également leur conception sur l'étiologie de cette démence qui, disent-ils, ne survient guère qu'après la ménopause chez des femmes dont plusieurs épisodes infectieux ou toxiques, ont traversé la vie ?

L'irascibilité de l'humeur est une preuve que parmi les nombreux facteurs toxi-infectieux, auxquels peut-être la syphilis est à ajouter, celui dont le rôle étiologique domine est l'alcoolisme. Cette femme est arrivée à l'étape ultime d'un processus pathologique dont la femme que nous avons présentée à la Séance de décembre dernier (1) n'avait franchi que les premières étapes.

En résumé, il s'agit d'une démence polynévritique alcoolique. Si quelque lésion cérébropyramidale s'ajoute aux lésions nerveuses, elle n'a pas son expression dans le syndrome mental.

**Syndrome de Korsakoff, avec atteinte grave des quatre membres, à évolution partiellement régressive ou au moins fixée provisoirement, par MM. CARON et Ch.-H. NODET.**

Il n'est pas rare d'observer au cours de l'évolution des syndromes de Korsakoff, des signes plus ou moins nets d'atteinte des membres supérieurs.

Dans certains cas, il s'agit de signes discrets en rapport avec une polynévrite à laquelle ils ne confèrent pas une gravité spéciale.

Mais fréquemment, et elle est alors plus nettement marquée, l'atteinte des membres supérieurs fait partie d'un ensemble clinique de paralysie ascendante qui aboutit presque toujours à la mort.

C'est ainsi que dans une thèse de 1933, Radu, étudiant 70 cas de syndrome de Korsakoff aigu (dont 34 mortels) signale dans 10 cas l'atteinte des membres supérieurs, avec une mortalité de 9 sur 10.

C'est pourquoi nous avons cru intéressant de vous présenter une malade qui, entrée en novembre 1934 avec une polynévrite touchant gravement les quatre membres et un état physique très précaire, est actuellement plutôt améliorée à ce dernier point de vue et a récupéré quelques possibilités motrices au niveau des membres supérieurs.

(1) COURBON et MARS. — Abolition de la spontanéité psychique par alcoolisme. *Ann. Méd.-Psych.*, 1934, tome II, page 802.



Ju... Madeleine, 38 ans, est entrée à la Clinique le 22 novembre 1934. Au point de vue mental, elle offrait surtout un aspect confusional. A part son nom, sa profession et sa date de naissance, on ne pouvait obtenir d'elle aucune réponse pertinente et contrôlable. Ses réponses étaient souvent franchement incohérentes, faites de mots juxtaposés, parfois elle réduisait brusquement son vocabulaire à un seul mot qu'elle répétait à satiété, variant simplement le rythme et l'intonation. Toute question relative à son état de santé restait sans réponse. Cependant, elle obéissait à des ordres simples comme « ouvrez la bouche », dénommait correctement les objets présentés. De temps en temps, elle fournissait un lambeau de phrase ou une phrase complète assez adaptée. La figure paraissait figée, avec une grande rareté du clignement des yeux. Le regard était vague et interrogatif. Elle répondait aux sourires qu'on lui adressait.

Les troubles de la mémoire étaient difficilement analysables dans un tel état, mais déjà on pouvait noter de fausses reconnaissances et une tendance à la fabulation. L'interne était « Monsieur le Curé, parce qu'il avait un tablier blanc ». Les infirmières étaient également des personnes connues, familières. Un matin, elle se plaignit d'être tombée et d'avoir été ramassée par la mère de l'un des médecins. Cette chute était naturellement imaginaire. Un autre jour, elle raconta avoir suivi un enterrement le matin même.

Elle présentait, en outre, une impotence presque complète des 4 membres, avec une importante atrophie musculaire et déjà une déformation des mains et des pieds. Les membres inférieurs étaient raides, douloureux, et ne laissaient la possibilité d'aucun mouvement. On était frappé par une fonte musculaire massive. Les pieds, en varus équin, montraient des rétractions tendineuses importantes. Au niveau des membres supérieurs, on notait également une atrophie, particulièrement marquée au niveau des avant-bras ; les mains étaient contracturées en griffe, avec hyper-extension des premières phalanges, le pouce non opposé aux autres doigts ; aucune préhension n'était possible et la supination présentait une limitation douloureuse ; les mouvements du coude et de l'épaule étaient relativement conservés. En dehors de la douleur spontanée déjà signalée et d'une vive douleur à toute manœuvre pratiquée au niveau des membres, on notait des troubles de la sensibilité cutanée (hyper et hypoesthésie), de topographie non caractéristique. Les réflexes tendineux étaient abolis aux quatre membres, ainsi que le médio-pubien et les cutanés abdominaux. Les réflexes pupillaires étaient normaux.

L'examen du voile du palais ne montrait rien d'anormal, il n'y avait ni ophtalmoplégie, ni aucune autre atteinte des nerfs craniens. La respiration était tranquille et régulière, le pouls à 100.

A l'entrée, la malade était apyrétique. Dans les jours suivants apparut une élévation thermique aux environs de 38°, qui persista pendant cinq ou six jours, la température se maintenant ensuite nettement au-dessus de 37° pendant plusieurs semaines.

L'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang n'apportait que des chiffres normaux et des réactions négatives.

Par ailleurs, l'examen électrique au chariot de Dubois Raymond montrait, au niveau des muscles en cause, une absence presque totale de réaction.

On se trouvait donc vraisemblablement en présence d'un syndrome de Korsakoff ; les renseignements que nous apporta le mari confirmèrent ce diagnostic et précisèrent l'étiologie éthylique. En effet, la malade, matelassière, absorbait par jour au moins un litre de vin, deux litres de cidre, souvent encore de la bière. Au reste, le mari lui-même et le père de la malade buvaient aussi exagérément. (Pas d'autres antécédents personnels ou familiaux à signaler). Déjà, depuis plus de 18 mois, la malade souffrait de pituites matinales fréquentes, qui prenaient facilement l'allure de véritables vomissements. Elle mangeait très peu et avait considérablement maigri. Notons ici que les premiers troubles neurologiques, que nous allons décrire, s'accompagnèrent d'un ictère qui dura 10 jours.

C'est, d'après le mari, 6 mois avant l'internement que les troubles neurologiques firent leur apparition. C'est d'abord au niveau des membres inférieurs qu'ils se sont installés, progressivement et rapidement. La malade a souffert assez violemment dans ses jambes ; elle les sentait fléchir, d'où l'obligation d'interrompre son travail pour s'étendre fréquemment. En moins de 2 mois, elle a été complètement confinée au lit. C'est alors (8 à 10 semaines après celle des membres inférieurs) qu'est apparue l'atteinte des membres supérieurs. Rapidement, les bras se sont décharnés, refusant progressivement tout service. Les troubles mentaux, aux dires du mari, sont les derniers en date, et sont survenus au milieu d'octobre, alors que la malade était clouée au lit, complètement impotente, ne pouvant s'alimenter elle-même, incapable de faire sa toilette ni rien qui réclamât quelque activité d'un de ses membres. Elle présentait alors un état de semi-mutisme hagard, ne proférant qu'un « bredouillage » complètement incompréhensible. Quand elle se remit à parler plus normalement, son mari s'aperçut qu'elle présentait de gros troubles de la mémoire : elle le croyait mort et l'accueillait en riant de le retrouver. A cette époque, elle avait déjà des tendances fabulatrices : elle croyait revenir de la mer ; on la détrompait d'ailleurs facilement : « Ah ! c'est que j'ai rêvé. »

La malade fut soumise, outre la cure diététique, à un traitement galvanique, à raison de 2 séances de 20 minutes par semaine.

Pendant les premières semaines de son séjour, son état offrit peu de changement ; toujours très désorientée et très confuse, elle abondait en fausses reconnaissances et montrait une inconscience totale de sa situation, teintée d'une expansivité vaguement euphorique. C'est ainsi qu'elle déclarait, alors qu'on lui appliquait son traitement : « après on va aller danser ».

Vers le milieu de janvier, on peut noter une nuance d'améliora-

tion. Elle se rend partiellement compte de sa désorientation. Comme on lui rappelle qu'elle a parlé d'aller danser, elle déclare : « Il faut que je sois dingo pour avoir parlé de danser. »

Les fausses reconnaissances persistent. Elle continue à prendre le médecin pour son pédicure habituel. Elle reconstruit autour d'elle tout son milieu familial. Elle se croit à Noyon : il y a la bouchère, l'épicière, le frère de M. X..., etc...

Quant aux éléments réels de son entourage actuel, elle ne le fixe à peu près pas. Si on lui apprend le jour de la semaine, elle ne le retient pas plus de 3 ou 4 secondes. Ce qui peut avoir un caractère affectif n'est guère fixé beaucoup plus longtemps et son humeur est extrêmement changeante.

Actuellement, une tendance de plus en plus marquée à l'excitation vient dominer la scène. Dans ces derniers jours, la malade crie, dit des grossièretés, quelque peu stéréotypées, fait du tapage, au point qu'on doit la passer à l'isolement.

Au point de vue neurologique, à noter de même un certain changement qui a commencé également à se manifester vers le milieu de janvier. Si, au niveau des membres inférieurs, le tableau est resté sensiblement le même avec des rétractions tendineuses qui tendent plutôt à augmenter, on remarque, au contraire, des possibilités d'utilisation des membres supérieurs qui n'existaient pas dans le début de son séjour. C'est ainsi qu'elle peut porter elle-même des fruits à sa bouche et ébaucher quelques mouvements de préhension. Il s'agit là d'une récupération très légère, peut-être même discutable. En tous cas, l'impotence ne s'est pas aggravée, aucun élément du syndrome de Landry n'est apparu. L'état physique est moins précaire. Nous envisageons même de permettre le transfert de la malade dans un asile plus éloigné, à quoi nous étions opposés jusqu'à présent.

Cette stabilisation, avec ébauche de régression, d'une polynévrite qui s'était rapidement et progressivement constituée jusqu'à l'atteinte des 4 membres, nous a paru justifier la présentation de cette malade, dont le tableau clinique actuel n'est d'ailleurs pas sans intérêt.

M. Henri CLAUDE. — Ce cas de polynévrite avec syndrome de Korsakoff rentre, comme le cas qui nous a été présenté précédemment, dans la forme classique des polynévrites d'origine alcoolique. A signaler toutefois qu'il est assez rare de voir les lésions s'étendre, comme dans notre cas, progressivement des membres inférieurs aux membres supérieurs, revêtant un type véritablement ascendant. L'attitude des mains est semblable à celle que l'on voit dans les polynévrites, particulièrement dans les polynévrites arsenicales.

Quant aux troubles psychiques, ils sont de l'ordre de ceux que

On observe dans les formes graves de polynévrites, et surtout dans les cas où le sujet a continué à s'intoxiquer, alors que les premiers signes de polynévrite s'étaient déjà manifestés. Les douleurs, particulièrement la sensibilité très vive à la pression des nerfs et des muscles, les troubles de la sensibilité objective sont très caractéristiques de la lésion des nerfs et si, dans ces cas, on peut admettre qu'il existe un retentissement également de l'intoxication sur les cellules de la moelle et les racines, il n'y a là rien qui soit anormal puisque, dans la plupart des cas, le neurone est pris aussi bien dans son centre qu'à la périphérie.

Au point de vue du pronostic, il n'est pas indifférent cependant de pouvoir apprécier si les lésions nerveuses sont dominantes car celles-ci ont en général une tendance à régresser, ce qui heureusement s'observe dans les cas relativement bénins ; les lésions centrales sont généralement légères et même parfois secondaire.

Dans le cas présent, le pronostic est particulièrement grave en raison de la diffusion des troubles toxiques, aussi bien à l'encéphale qu'aux différentes autres parties du système nerveux central et périphérique. En fait d'ailleurs, les grosses déformations des membres : rétraction tendineuse, ankylose articulaire, sont de nature, même si l'affection s'atténue, à laisser une infirmité absolue chez cette malade.

M. RAYNEAU. — L'examen électrique a-t-il été pratiqué chez la première malade ? Ses données auraient facilité le diagnostic entre la lésion centrale et la lésion périphérique.

M. MARCHAND. — La malade présentée par M. Courbon est atteinte de polynévrite chronique des membres inférieurs et d'une attitude vicieuse de la main droite. Je pense qu'il n'y a pas lieu pour cette dernière, de l'attribuer à une lésion des voies pyramidales, elle me paraît relever de la même pathogénie que la paralysie des membres inférieurs. Cette malade a été atteinte de polynévrite du membre supérieur droit et on peut admettre que celle-ci a entraîné des lésions trophiques des muscles, des tendons et des gaines tendineuses assez importantes pour déterminer l'attitude actuelle de la main.

Quant à la seconde malade, elle est atteinte de psychose subaiguë de Korsakoff des alcooliques avec participation des membres supérieurs. Cette forme est bien étudiée dans la thèse de Radu qu'avec Courtois nous avons inspirée. De plus, dans un travail récent (*Revue Neurologique*, octobre 1934), nous avons montré, en nous basant sur de nombreux cas rapidement mor-

tels, qu'en réalité il ne s'agit pas de polynévrite mais de lésions atrophique aiguë des cellules radiculaires de la moelle sans altération des nerfs périphériques, qu'il s'agit d'une myélite parenchymateuse. Celle-ci s'associe ou succède à une encéphalite également parenchymateuse pour donner lieu au syndrome de Korsakoff.

M. GUIRAUD. — Les griffes consécutives aux névrites ne sont pas rares.

M. COURBON. — L'examen électrique n'a pas encore été fait, mais on n'en a pas besoin pour constater que la névrite des extenseurs est guérie puisque les mouvements volontaires d'extension des doigts s'exécutent dans une certaine mesure, et puisque la main est en extension normale.

La malade est venue de Sainte-Anne avec ce certificat : « *Démence organique. Affaiblissement intellectuel, opposition. Idées confuses de persécution. Gémissements. Amnésie alléguée. Paraplégie. Pieds en varus équin. Contracture. Monoplégie brachiale droite avec contracture.* » Il est rare que la griffe des doigts consécutive à une névrite puisse simuler à ce point la contracture pyramidale. Si la simulation est si bien réussie chez notre malade, c'est que la mobilisation thérapeutique n'a pas eu lieu chez elle, à la fois du fait de sa démence et du fait qu'elle est gauchère. Sa gaucherie supprima l'usage instinctif de sa main droite.

**Bouffées schizomaniaques à rechutes précipitées. Rémissions favorisées par la médication pyrëto-chimiothérapique (sulfosine-chrysalbine), par MM. FRIBOURG-BLANC et LASSALE.**

Des bouffées schizomaniaques successives à rechutes précipitées, coupées de rémissions plus ou moins complètes dont certaines semblèrent favorisées par un traitement sulfo-chrysothérapique, caractérisent l'histoire de ce malade. Elle nous a paru comporter un suffisant intérêt pour qu'il vous soit présenté.

G..., 27 ans, dessinateur de la Marine, est amené par la police, le 16 novembre 1934, au Service de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce. Il vient d'être arrêté dans la rue, gesticulant au milieu d'un attroupe-ment. Une altercation s'est produite avec les agents qu'il accusait « de lui avoir volé son fluide ».

Assez calme au moment où nous l'examinons, son délire, d'une incohérence manifeste, s'extériorise avec évidence : « Il est par-

couru par un fluide qui va s'épuiser... C'est le fluide de la vibration totale... Par lui on peut tout transformer... Il captera ce fluide, il en a les moyens, mais il lui faut un laboratoire puissant... Ainsi il pourra vivre en résonance, donc rêver en fréquence des battements de la vie... »

La plupart des réponses sont discordantes. On peut cependant comprendre que G..., au moment où il fut arrêté, se rendait en consultation au Val-de-Grâce ; il raconte également qu'il fut hospitalisé, en septembre dernier, à l'Hôpital de B...

Dominé par un délire incohérent et un syndrome de Ganser, le tableau clinique se complète par de fréquents barrages de la pensée, de l'ambivalence, de la conservation des attitudes, des sourires imotivés, un aspect « absent », une indifférence affective qui semble totale. L'examen somatique est strictement négatif, l'état général satisfaisant et la température normale.

Les jours suivants, on s'efforce de reconstituer l'histoire du malade, par renseignements obtenus de la famille et de l'Hôpital de B... La mère serait une grande névropathe. Lui-même a toujours été d'un caractère doux et tranquille, mais extrêmement renfermé, parlant peu, sortant peu, marquant une tendance nette à l'isolement et à la rêverie. Conscientieux et travailleur, il a obtenu en 1929 le diplôme d'un Institut électro-technique. Admis en 1933 comme dessinateur de la Marine à l'Arsenal de B..., il aurait donné satisfaction dans son emploi. Il n'y a guère qu'un mois qu'il vient d'être muté, sur sa demande, au Service technique des Constructions navales à Paris.

1) C'est *au début de septembre 1934* que se situe, chez lui, la première manifestation psychopathique décelable. Il dut alors être hospitalisé à B... pour un syndrome dépressif d'allure mélancolique à base de « préoccupations hypocondriaques avec idées d'indignité et de culpabilité », d'après l'observation succincte qui nous fut communiquée. En une dizaine de jours tout rentra dans l'ordre et, entré le 8 septembre, B... put quitter l'Hôpital le 25 septembre avec une convalescence de quinze jours.

2) Six semaines s'écoulèrent sans incidents, puis de nouvelles anomalies psychiques se manifestèrent. Le 8 novembre dernier, une des parentes du malade qui le voyait fréquemment, avait été frappée de son changement d'attitude et de son allure absente.

Au Val-de-Grâce, *du 16 au 26 novembre*, l'état demeure stationnaire : même délire incohérent, mêmes réponses discordantes, inactivité absolue, indifférence totale, des phénomènes hallucinatoires : G... entend la voix de son frère..., de fausses reconnaissances. Une ponction lombaire est pratiquée, le malade déclarant avoir contracté la syphilis en 1929. Le liquide céphalo-rachidien est normal : lymphocytes 0,4. Albumine 0,22. Sucre 0,76. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin colloïdal 00000.00000.00000. Dans le sang, les réactions de Bordet-Wassermann, Jacobsthal, Hecht, Kahn sont négatives.

Le 26 novembre, au 2<sup>e</sup> jour de l'hospitalisation, une détente s'amorce. G... est plus présent, sa physionomie devient moins expressive, son indifférence s'atténue, ses réponses se précisent, il commence à douter de la réalité de son délire. Les jours suivants les progrès s'accroissent. Il se rend compte nettement de l'irréalité des conceptions qu'il a émises et cherche à expliquer sa bouffée délirante. Visiblement gêné, il invoque un surmenage professionnel, les difficultés, en particulier, qu'il aurait rencontrées pour la réalisation pratique d'un travail de laboratoire dont il était chargé et qui dépassait ses capacités. Le 29 novembre, il peut être replacé en salle libre. Nous notons alors : « Il semble bien s'être agi d'une bouffée schizomaniacale en bonne voie de guérison actuelle mais commandant des réserves expresses pour l'avenir ».

Du 29 novembre au 16 décembre, le calme est absolu. Le comportement paraît en tous points normal. G... s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, converse avec ses compagnons de chambre, lit sans fatigue et reçoit avec plaisir la visite de parents qui le considèrent comme revenu à un état normal. En réalité, des réserves s'imposent : si l'attitude extérieure reste en apparence normale, une conversation prolongée montre la persistance d'un état psychique morbide évident. Le sentiment d'étrangeté persiste : le sujet décrit lui-même d'une façon fort précise l'état de dédoublement dans lequel il se trouve et le déroulement automatique de ses pensées. L'homme qui pense en lui envisage des problèmes très complexes relatifs au dynamisme électrique du corps humain, à la radio-activité des cellules vivantes. Cette seconde personnalité aurait besoin — croit-il — d'être dirigée par des gens compétents et il voudrait qu'on lui fournisse les moyens de laboratoire nécessaires pour développer et contrôler ses impressions.

3) Le 18 décembre — après une rémission d'une vingtaine de jours — un nouvel accès, le troisième, se manifeste. Il s'annonçait depuis deux jours : le malade restait inactif, ne parlait plus guère à ses voisins de chambre, sa mimique inexpressive restait figée, comme tendue dans l'expectative d'événements nouveaux. Le 18, les propos deviennent tout à fait incohérents, les réponses « à côté », témoignent de la dissociation complète du milieu ambiant, le regard prend une expression étrange. Avec une totale indifférence, G... se laisse replacer en chambre d'isolement. Il reste là couché, immobile, le regard perdu dans le vague. Ses livres et ses journaux sont à ses côtés, sans qu'il les lise : « Ce sont des cadavres » dit-il. Un instant après il se lève et va rendre visite, dans la cellule voisine, au Lieutenant F... atteint de démence paranoïde. Il lui prend la main, le regarde longuement et nous dit : « Il est polytechnicien mais, pour moi, il est de l'Institut ». — D. Comment le savez-vous ? — R. « Parce qu'il est mauve (le Lieutenant F... a en effet sur le visage les traces d'une solution antiseptique violette appliquée pour le traitement d'une dermatose) et que mauve veut dire antidote de l'Amour.

Il s'appelle Taton. » — D. Pourquoi Taton ? — « Parce que Taton, tâtonne, tâtonnement, tâtonner... » Il reste longtemps le regard fixé sur F... dont il ne lâche pas la main bien que celui-ci dise à voix basse : « Allez-vous en, je suis un traître ; il ne faut pas que vous portiez le poids de mes fautes... », puis il rentre seul dans sa chambre et se couche.

Les jours suivants, le syndrome s'accroît encore : attitude figée, faciès en groin, conservation des attitudes, agitation intermittente. Le retour rapide de l'état aigu schizomaniacal nous incite à tenter, le 19 décembre, un traitement combiné pyrétéo-chrysothérapique en alternant deux fois par semaine les injections intra-musculaires de 5 cm<sup>3</sup> de sulfosine et les injections intraveineuses de chrysalbine à la dose de 0 gr. 15. Il sera continué, sur le même rythme, jusqu'au 18 janvier.

Du 19 au 28 décembre l'état ne fait que s'aggraver : incohérence totale, opposition, discordance, stéréotypies de la mimique, rires immotivés, association constante de mots par assonances. La salade de mots est telle qu'aucune phrase n'est plus intelligible. Des tendances intermittentes à l'agressivité se manifestent. Le malade croit un soir avoir tué l'un des Médecins.

Subitement, le 28 décembre, on constate une détente complète. C'est, du soir au lendemain, le retour au calme absolu : la discordance, l'incohérence, les anomalies de la mimique et des attitudes ont disparu. La conversation redevient coordonnée et logique. L'affectivité marque une reviviscence certaine : regrets d'avoir mal reçu ses visiteurs, désir de partir bientôt en convalescence. Dans les jours qui suivent, la rémission s'accroît. Cette nouvelle bouffée schizomaniacale — la troisième — a duré en somme, douze jours. Elle a cédé brusquement au neuvième jour du traitement conjugué sulfosine-chrysalbine, trois injections chacune.

Pendant six semaines ce sera, en apparence, le retour à l'état normal. Replacé en salle libre, le malade semble réadapté à l'ambiance, reçoit avec plaisir la visite des siens, témoigne d'une suffisante activité et ne présente plus aucune anomalie de comportement appréciable.

4) Le 9 février, une quatrième rechute se manifeste, annoncée depuis deux jours par un changement d'attitude, G... paraissant préoccupé et taciturne. Cette nouvelle bouffée évolutive se signale par la réapparition des mêmes idées délirantes avec toutefois des interprétations à point de départ cénesthésique beaucoup plus accentuées qu'au cours des précédents épisodes : des fourmillements, des bourdonnements d'oreille, des bruits gênent le malade. Toute la nuit, la T.S.F. l'a empêché de dormir. Visiblement inquiet, il accepte volontiers son retour au service d'isolement où il se trouve mieux protégé. Il se bouche les oreilles avec du coton et demande à ses visiteurs des boules de caoutchouc pour mieux obstruer ses conduits auditifs. Il voudrait inventer un appareil en forme de serre-tête qui



s'appliquerait étroitement avec des ressorts sur ses oreilles. Une agitation nocturne accentuée nécessite le recours à la morphine. Dans les semaines qui vont suivre, le délire persiste intense. Le thème n'en varie guère : action de fluides : « Ma tête est un récepteur d'ondes... Je suis attaqué en variation par des parasites de fréquence à 50 périodes. Tout le bien que votre traitement m'avait fait a été détruit par la T.S.F... Je bats par moments malgré moi comme un métronome... Mon cerveau est comme un tube de limaille de fer secoué par le balancement des ondes... » Troublé dans ses perceptions auditives par la vibration des ondes, G... ne l'est pas moins dans ses perceptions visuelles et réclame toute une gamme de lunettes de verres différents pour se protéger de la lumière. Très indifférent à son sort, il se refuse à tout projet. Le mariage ne l'intéresse pas et la vie sexuelle n'a jamais beaucoup compté pour lui. Il nous expose d'ailleurs une conception spéciale sur le choix des époux : « Les mariages devraient se faire en se basant sur la couleur complémentaire des yeux de chaque conjoint, sans quoi il arrive des ennuis. L'association de deux couleurs complémentaires des iris est le seul moyen pour que l'entente règne. ». L'apragmatisme est total, l'aprosodie évidente, les barrages de la pensée et les sourires immotivés fréquents.

Dès le 10 février la thérapeutique sulfosine-chrysalbine a été reprise et poursuivie jusqu'au 9 mars au même rythme que précédemment. Mais nous n'avons pas observé, cette fois, la détente nette, subite et quasi-totale qui s'était manifestée au cours de la première série de traitement.

Sans doute, depuis les premiers jours de mars, l'agitation a-t-elle disparu et le délire s'extériorise-t-il avec moins d'évidence. Mais, dans un sentiment d'inquiétude vague, l'activité délirante persiste, plus discrète, avec des idées d'influence. L'esprit de G... est « un champ clos où des forces adverses se livrent bataille ». Il sert à ces deux clans opposés d'appareil récepteur et enregistreur. « Ces forces agissent sur lui, lui faisant prononcer des mots qu'il répète en rêve comme un automate. » L'indifférence affective, l'inactivité, les barrages de la pensée, l'ambivalence persistent. En somme, freinée peut-être dans une certaine mesure par la pyrêto-chimiothérapie, l'évolution semble se poursuivre, torpide, vers la schizophrénie.

Certains points de cette observation méritent, croyons-nous, d'être soulignés :

C'est, en premier lieu, le rythme particulièrement accéléré auquel se succédèrent, en cinq mois, les quatre accès et la brève durée des trois premiers d'entre eux. Sans doute, dans leurs intervalles, la restitution psychique ne fut-elle pas absolue ; elle n'en était pas moins extrêmement importante. La rémission qui suivit le troisième accès fut particulièrement nette, subite et

accentuée. Le dernier enfin, marqué par des troubles psychosensoriels bien plus intenses que les précédents, semble s'éterniser. Il doit faire redouter cette fois l'effondrement psychique définitif.

La nature de ces épisodes psychopathiques ne nous paraît pas discutable. Si le premier, traité à l'Hôpital de B... se signala par une note mélancolique incontestable, son identité de nature avec les accès ultérieurs s'impose actuellement avec évidence. Et la riche symptomatologie de ces derniers, l'incohérence et l'absurdité du délire, la discordance manifeste, l'indifférence affective, l'inactivité, l'ambivalence, les rires immotivés, la conservation des attitudes, les associations verbales, les stéréotypies ne permettent pas — croyons-nous — d'autre diagnostic que celui d'état schizomaniac.

La syphilis de 1929 peut-elle avoir joué un rôle ? Nous ne le pensons pas et sa réalité même nous semble extrêmement douteuse. D'après les déclarations du malade, il y aurait eu simple écorchure de la verge, sans contrôle macroscopique ou sérologique. L'examen clinique ne révèle aucun stigmate de spécificité, les réactions sérologiques du sang sont négatives et le liquide céphalo-rachidien normal.

Le traitement chimiothérapique institué intervint-il sur l'évolution de la maladie ? Exerça-t-il sur certaines rémissions une action favorisante ? Nous ne nous dissimulons pas les objections qui s'imposent. Les deux premiers accès schizomaniacs regressèrent spontanément. Le dernier, malgré le traitement, ne présenta qu'une sédation très imparfaite portant surtout sur l'état d'agitation du malade et l'extériorisation du délire. Mais le troisième accès, par contre, d'une symptomatologie très riche et qui s'annonçait particulièrement sévère, marqua une subite et presque totale disparition des symptômes au neuvième jour du traitement institué pour la première fois. Parmi les rémissions observées, celle-ci fut, à coup sûr, la plus rapide et la plus complète. Simple coïncidence, nous dira-t-on peut-être ? Pour nous, en présence de certains résultats favorables déjà publiés, en particulier par MM. H. Claude et Dublineau, obtenus par la pyréto-chimiothérapie, il ne nous paraît pas illogique de lui attribuer ici une action, limitée et éphémère sans doute, mais réelle cependant.

**Obsessions suivies de réalisation,**  
par MM. CL. VURPAS, O. CROUZON, et P. CHAPIREAU.

Le hasard ayant réuni dans le service deux malades chez qui l'obsession du suicide s'est réalisée par précipitation d'un lieu élevé, nous avons cru intéressant de les présenter ici pour les opposer l'un à l'autre et bien marquer les différences qui les séparent.

Sans doute, ces malades présentent des points communs. Tous deux sont hantés par l'idée d'en finir avec la vie et, pour se soustraire à ce désir impérieux, ils cherchent, soit auprès d'autrui, soit dans leur milieu, l'aide qui viendra les sauver ; tous deux également éprouvent le sentiment classique de détente qui suit l'achèvement de l'acte.

Mais ils présentent de notables différences. Chez l'un, l'obsession, qui a son origine profonde dans une constitution mentale particulière, s'accompagne de l'angoisse habituelle à ces états, et dans la lutte qui se livre en lui pour fuir l'idée morbide, le sujet finit par succomber. Chez l'autre, l'obsession suicide se développe à l'occasion d'un état dépressif et évolue dans le cadre mélancolique. Ici, la lutte intérieure est réduite, le malade réagit mollement à l'idée qui s'impose et il n'a pas résisté lorsqu'il a passé à l'acte ; enfin, une cause toute extérieure lui a donné le stimulant favorable à cette réalisation. Ce second cas est au seuil de l'obsession, il constitue en quelque sorte une forme de passage entre l'obsession proprement dite et l'idée fixe mélancolique.

Il est un point que nous désirons soulever ici : c'est la rareté de la réalisation des obsessions. C'est précisément parce que les sujets de nos observations semblaient l'exception qu'il nous a paru intéressant de rapporter leur histoire.

OBSERVATION I. — Mme M... Yvonne, âgée de 31 ans, est venue à la consultation de La Salpêtrière, le 12 février 1935, pour ce qu'elle appelle des « idées fixes ».

Elle fait remonter le début de sa maladie au mois de mai 1932.

Au mois d'avril 1932, le plus jeune de ses deux enfants (l'aîné est élevé par sa grand'mère), âgé de 20 mois, contracte une bronchopneumonie. La mère traverse alors une période d'inquiétude et de surmenage : elle ne quitte pas son enfant, et passe une grande partie des nuits et des jours à lui donner des soins. Elle dort peu, et se réveille anxieuse, « ayant toujours peur de le trouver mort ». Il en résulte une grande fatigue avec céphalée, anorexie, inquiétude, pleurs faciles, amaigrissement. Elle est poursuivie par la crainte de perdre son enfant et se dit constamment : « Si j'avais perdu mon petit,

qu'est-ce que j'aurai fait ? » ; il lui semble qu'elle n'aurait pas pu survivre.

Elle se fait aider par une amie pour donner des soins à l'enfant, se disant : « Comme cela, je n'aurai rien à me reprocher », car elle craint sa conscience et les reproches d'autrui.

Si l'état de l'enfant justifie certaines appréhensions de la mère, il n'en est pas moins vrai que certaines réactions semblent déjà excessives et qu'un fond mental particulier est décelable.

Lorsqu'elle communiait, elle craignait d'avoir fait une confession incomplète. Mettait-elle une lettre à la poste ? elle regardait à terre pour s'assurer qu'elle n'était pas tombée. Elle revenait sur ses pas pour vérifier si elle avait bien fermé la porte de son appartement. Ce doute et ce besoin de contrôle de ses actes était son état habituel.

Cette période de surmenage et d'inquiétude semble avoir laissé une sensation de fatigue.

Pour la première fois pendant la convalescence de l'enfant, les obsessions essentiellement caractérisées par la crainte de lui faire du mal atteignent une intensité nouvelle (mai-juin 1934).

À l'heure de la toilette, elle a l'impression qu'elle sera forcée de l'étrangler. Elle lutte avec angoisse plus facilement au début, parce que l'idée est passagère. La malade est alors particulièrement impressionnable, pleure facilement, présente de l'insomnie et de l'anorexie. Cet état, d'une durée de 8 à 10 jours, précède les règles d'un temps à peu près égal, la venue des règles pouvant être prédite presque à coup sûr une semaine à l'avance sur ces seules sensations.

Pour se protéger contre ses obsessions, elle se débarrasse auprès d'une amie d'un couperet qui la préoccupe. De même elle fait cacher ses fers à repasser. Quand elle ne voit plus ces objets, elle se sent calmée et plus tranquille. Il semble que l'obsession (crainte de faire du mal à son enfant) soit réveillée par certaines images.

Puis, peu à peu, les troubles s'atténuent, et en septembre 1932, l'amélioration est très nette, la vie redevient normale.

Mais alors, un événement banal modifie sa vie habituelle : elle change de résidence, son mari, fonctionnaire, étant affecté à un nouveau poste. Elle s'y ennuie et la solitude lui pèse. Elle est inquiète, se plaint d'insomnie, de cauchemars, et prend du gardénal.

De plus, une infection génitale qui semble dater de son premier accouchement se réveille : elle a des pertes blanches très abondantes, avec douleurs dans le bas-ventre.

Cependant, elle n'a pas d'obsessions, l'enfant n'étant plus avec elle, mais chez des parents.

Ce n'est qu'en décembre 1932 qu'il revient auprès d'elle. Aussitôt les obsessions reprennent, mais elles sont plus violentes, continues, ne la quittant ni jour, ni nuit ; elle craint de faire du mal à l'enfant, surtout de l'étrangler.

C'est alors que, pour la première fois, elle a une impulsion : malgré ses luttes et ses angoisses, l'obsession de frapper son enfant

avec une paire de ciseaux la hante, toujours plus forte, plus intense qu'à l'habitude, et brusquement, quoique en pleine conscience, elle saisit une paire de ciseaux et frappe l'enfant à la tête, provoquant une large plaie. Ce geste est aussitôt suivi d'un sentiment de soulagement et de détente.

Sur les conseils d'un médecin, elle se sépare de l'enfant, que l'on envoie à l'hôpital; elle-même va chez ses parents, où pendant un mois elle est calme et sans inquiétudes.

Depuis qu'elle a réalisé cette obsession, ce désir morbide n'a jamais reparu chez elle.

Elle ne reprendra son enfant qu'en août 1933, mais elle ne restera jamais seule avec lui, et sa belle-mère élira domicile chez elle.

Au mois de février 1933, pour la première fois, elle a des idées de suicide: elle se sent poussée à se trancher les veines du poignet, mais elle lutte avec angoisse contre cette idée. Quand elle voit des aiguilles, elle résiste pour ne pas se piquer, ni se crever les yeux. Ces obsessions sont continuelles. Parfois, elle a la représentation visuelle de l'acte accompli, se voit blessée et couverte de sang.

La nuit, pendant ses insomnies, elle pense à tout ce qui aurait pu lui faire du mal, mais croit l'avoir mérité pour la punir de ce qu'elle a fait.

Le 10 octobre 1933, pendant le déjeuner, elle a l'obsession de se jeter par la fenêtre, et lutte avec angoisse, mais l'obsession est plus violente que d'habitude et dès le déjeuner terminé, brusquement elle court, et, angoissée, monte deux étages, ouvre une fenêtre sur le palier et quoique consciente de son acte, se jette dans le vide. Il en résulte une fracture ouverte des deux jambes et une fracture de la colonne lombaire.

Elle est soignée pendant cinq mois à l'hôpital et garde encore une certaine impotence l'obligeant à se servir de cannes.

A l'hôpital, elle n'a aucune obsession. Elle rentre chez elle le 21 février 1934, est tranquille pendant quinze jours environ, puis les obsessions reprennent, mais moins intenses. Elle craint toujours de se faire du mal: si elle voit des aiguilles, elle a peur de les avaler; si elle prend du laudanum, elle craint d'en prendre trop et de s'empoisonner.

Cet état persistant, elle vient à la consultation de la Salpêtrière. Elle se plaint alors de troubles de la mémoire portant sur les faits récents et cela depuis deux mois environ.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève seulement que sa grand-mère maternelle, actuellement âgée de 85 ans, a été internée pendant deux mois à l'Asile de Maison-Blanche.

Mariée, heureuse en ménage, elle a eu un premier enfant en 1927. La grossesse fut normale, mais elle a présenté dans ses suites de couches une affection génitale avec signes de cystite, l'ayant immobilisée cinq semaines. Elle a allaité son enfant cinq mois, mais ne l'a gardé près d'elle que dix-neuf mois, après quoi elle le confia à

sa mère. Elle a un second enfant en juin 1930, mais cette grossesse fut fatigante, accompagnée de pertes blanches abondantes. Elle n'a jamais eu de fausse-couche. Elle-même a eu une naissance difficile, nécessitant un forceps. Elle a été élevée au sein, a marché à 13 mois, a été propre tôt. Dans son enfance, elle a eu la rougeole, les oreillons, la coqueluche. A l'école, elle travaillait régulièrement. Elle était toujours émotive, pleurait pour une observation. Réglée à 14 ans, régulièrement jusqu'à son mariage, à 22 ans. Depuis, elle est réglée irrégulièrement.

Il y a dix-huit mois, elle a été hospitalisée quelques jours à l'hôpital Henri-Rousselle, où les examens du liquide céphalo-rachidien et du sang ont été normaux.

L'examen somatique ne montre rien de suspect, en particulier au point de vue neurologique et endocrinien.

Notre *deuxième observation* concerne un maçon, M. Ve... Pierre, âgé de 32 ans qui est venu à la consultation de la Salpêtrière pour la première fois en mars 1934.

Il fait remonter le début de sa maladie au mois de septembre 1932. Il avait, jusque-là, vécu normalement, ne se plaignant de rien, sans inquiétudes et l'on ne retrouve pas chez lui le fond mental particulier que nous avons observé chez notre première malade. Il était d'un caractère triste et avait peu d'amis.

En septembre 1932, sans raison apparente, son caractère change : il devient inquiet, irritable, dort mal, a des cauchemars. Il ne peut plus voir ses amis, son métier ne l'intéresse plus, il perd son initiative dans le travail.

Depuis son époque, cet état anormal persiste, alternant avec des périodes d'amélioration.

Pendant ses périodes d'inquiétude, il est incapable de travailler, de fixer son attention, il ne peut lire un simple article de journal.

Il lui arrive de penser à une cousine, qui s'est suicidée dix ans auparavant, dans un accès qu'il appelle « neurasthénique », qui, à cette époque, l'avait vivement touché. Il s' imagine actuellement être atteint de même et ne pas devoir guérir.

Cet état persiste jusqu'en octobre 1934 et, pour mettre un terme à cette souffrance, il en arrive à songer au suicide. Depuis, il est obsédé par l'idée de se suicider, idée contre laquelle il lutte avec angoisse : il pense à se pendre, à acheter un revolver pour en finir. En particulier, il raconte une obsession plus forte : passant à côté d'un canal, il a dû lutter violemment pour ne pas s'y jeter.

Pendant son travail, sur un échafaudage d'une hauteur de six mètres, il reçoit une observation de son patron ; dès que celui-ci a le dos tourné, sans aucune lutte ni angoisse, il se jette en bas, ne se faisant d'ailleurs que quelques contusions. Il aurait éprouvé à ce moment une sensation de soulagement et de détente.

Depuis cette époque, cette obsession du suicide persiste, mais

beaucoup moins fréquente, alors que les périodes de dépression n'ont subi aucun changement.

Son père et sa mère sont décédés jeunes, il ne les a d'ailleurs pas connus. Il a un frère bien portant. A l'école, il aurait été un assez mauvais élève. Il se livre à l'onanisme depuis son enfance. En 1922, pendant son service militaire, il a présenté une kératite interstitielle bi-latérale avec réaction positive dans le sang. Le malade nie avoir contracté la syphilis. Il a été traité régulièrement, sauf de 1925 à 1928. Au cours du traitement, un incère est apparu.

En 1933, à Saint-Louis, les examens étaient normaux dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

L'examen somatique ne montre rien d'anormal, en particulier au point de vue neurologique et endocrinien.

*En résumé :* dans notre première observation, il s'agit d'une femme âgée de 31 ans, qui, depuis trois ans environ, à la suite d'une période de surmenage, est poursuivie par l'obsession de faire du mal à son enfant. Elle réalise cette obsession au bout de huit mois et celle-ci disparaît. Quelques mois après, elle a l'obsession de se suicider et neuf mois plus tard, elle cède à son obsession en sautant par la fenêtre d'un second étage. Depuis, après une amélioration de quelques mois, cette obsession la poursuit à nouveau.

Dans notre seconde observation, au contraire, il s'agit d'un homme de 32 ans, présentant des périodes de dépression depuis deux ans et demi environ, qui a l'obsession du suicide depuis six mois et qui, pour réaliser son désir, s'est précipité d'un lieu élevé.

\*  
\*\*

L'étude des impulsions est ancienne et le fait est connu : comme dans toutes les impulsions, nous avons observé ici l'intensité de la représentation de l'acte, l'angoisse toujours croissante et la lutte dans laquelle le malade finit par succomber, ainsi que la conscience complète pendant toute la durée du drame intérieur qui se livre chez le sujet. Au moment même où il accomplit son impulsion, il sait ce qu'il fait et il en mesure les conséquences, mais il est incapable de résister.

Notre première malade montre bien que l'obsession et l'impulsion ne diffèrent en rien dans leur nature, puisque chaque fois que l'impulsion a eu lieu, la malade a ressenti, en elle, les mêmes sensations qu'elle éprouvait habituellement lors de ses obsessions coutumières, mais avec cette différence que la représentation de l'image avait une intensité et un éclat inaccoutumés,

que l'angoisse et l'oppression étaient nettement plus violentes, et que, dans ces conditions, la lutte se terminait par la défaite de la malade.

Lorsque l'obsession devient impulsion, il n'y a en somme qu'une différence quantitative.

Somme toute, durant cette existence d'obsédée, la malade n'a passé à l'acte que deux fois. Cette réalisation de l'obsession est rare chez les malades que nous sommes habitués à voir dans nos consultations, quoique plus fréquente dans les obsessions du suicide.

Une des raisons qui nous a incités à présenter ces malades à votre Société, est précisément parce que, dans notre pratique, il nous arrive rarement de constater que l'obsession passe à l'impulsion.

Notons qu'à la suite de la réalisation d'une de ses obsessions, notre première malade ne l'a pas vue reparaitre, et que, après la réalisation des deux autres obsessions, elles se sont montrées moins intenses et moins fréquentes.

Il est regrettable qu'il n'y ait pas de signes précis nous fournissant quelques présomptions sur la réalisation des obsessions, mais, comme pour beaucoup de questions médicales, nous en sommes réduits à nous contenter de probabilités.

M. FRIBOURG-BLANC. — D'une façon générale, les obsédés ne réalisent pas leurs obsessions. Mais cette règle ne s'applique pas à l'obsession suicide. Je l'ai vue se réaliser cinq fois en dix ans au Val-de-Grâce.

M. Henri CLAUDE. — Dans ces cas d'obsessions, nous ne possédons pas malheureusement de signes à caractère démonstratif qui nous permettent de porter un pronostic sur la gravité des troubles et sur la possibilité du passage de l'obsession à l'impulsion. D'une façon générale, ce que l'on peut dire, c'est que chez les sujets qui ne présentent pas de dispositions constitutionnelles périodiques ou autres, ces manifestations obsédantes, qui sont d'ailleurs fort fréquentes, surtout sur le type des impulsions des mères à s'attaquer à leur enfant, impulsions à absorber des allumettes, des épingles, etc., nous conduisent le plus souvent à rassurer le sujet et à lui dire, ce qui répond à l'observation générale, que le passage à l'impulsion ne se présentera jamais.

Il n'en est pas de même dans le cas de l'impulsion nette au suicide, qu'elle soit sous la dépendance d'un substratum mélancolique ou même d'une de ces formes particulières qu'on voit souvent sous une forme familiale, le *tædium vitæ* classique, qui,



s'il n'est pas réalisé à la première impulsion, l'est souvent par la suite. Il y a donc lieu dans ces cas d'étudier le fond mental du sujet. Il faut apprécier dans quelle mesure les tendances impulsives qui existent depuis un certain temps persistent toujours à l'état latent. Il faut distinguer ces cas de ceux où il existe simplement un état dépressif qui peut être consécutif à des fatigues (grippe, accouchement, lactation, etc.), ou à des états infectieux, ou même à certains traumatismes qui laissent un état de névrose traumatique. En général, les obsessions disparaissent sans avoir été jusqu'à la réalisation, après un certain temps et surtout après l'atténuation des phénomènes dépressifs.

M. René CHARPENTIER. — Il s'agit là d'une question souvent controversée et sur laquelle les auteurs ont pris des positions très différentes. Parmi ceux qui considéraient l'obsession impulsive comme très fréquemment réalisée, je rappellerai Mickle et Benedikt. A tel point que, pour Benedikt, le nombre d'obsédés parmi les prisonniers, et particulièrement parmi les récidivistes, serait considérable.

L'opinion de Pitres et Régis paraît plus conforme aux faits. Pour eux, si l'obsession impulsive aboutit parfois au délit ou au crime, c'est seulement dans des cas déterminés, en particulier dans les cas où l'obsession n'est pas pure et où il s'y joint un autre facteur tel que : dégénérescence marquée, affaiblissement intellectuel, intoxication alcoolique, morphinique, etc., ou encore une idée délirante, une contagion (imitation) à la suite d'exemples, d'articles de journaux, etc. Leur avis est que, pour le passage à l'acte, il faut le plus souvent quelque chose de plus que l'obsession.

Pour ma part, je pense que la clinique permet cependant de répondre dans un certain nombre de cas à la question posée par MM. Crouzon et Vurpas. Tout d'abord, il faut distinguer avec soin les cas dans lesquels l'obsession se présente en réalité comme la crainte d'agir, ou même comme la crainte d'avoir l'idée d'un acte, plutôt que comme une impulsion à agir. Ces cas sont très nombreux. A un examen superficiel, ils se présentent souvent de la même façon que les autres. Mais le diagnostic peut généralement être fait et comporte un pronostic différent.

Il faut aussi considérer la variété de l'obsession. Comme l'ont fait remarquer MM. Fribourg-Blanc et Henri Claude, l'obsession-impulsion au suicide doit, par son danger infiniment plus grand, être distinguée des autres obsessions-impulsions. Cela me paraît dû au fait que ces obsessions sont très souvent

symptomatiques d'états cyclothymiques (1). L'état mélancolique est ici « l'autre facteur » dont parlent Pitres et Régis, et qui détermine le plus souvent le passage à l'acte.

M. RAYNEAU. — Comme preuves de l'irrésistibilité de l'obsession suicide, je citerai deux cas personnels. Celui d'un officier d'artillerie, qui, d'un instant à l'autre, était pris brusquement de cette obsession sans aucun prodrome. Elle cessait brusquement aussi. Mais pendant toute sa durée le masque du malade était celui de l'anxiété. Finalement, il se suicida, malgré toute la sincérité de sa foi religieuse. L'autre exemple est celui d'un magistrat, lui aussi cyclothymique, qui se suicida au cours de l'émotion produite par un événement joyeux. Il fut, par un concours de circonstances, nommé à un poste très élevé, qui doublait ses appointements et auquel il n'avait jamais aspiré, étant entré très tard dans la magistrature, ayant eu une carrière sans gloire, et ayant vécu une vie de bon vivant, malgré beaucoup d'ennuis familiaux. Cette nouvelle le plongea dans un état mélancolique. Il se croyait incapable d'accomplir ses nouvelles fonctions et se tua.

M. COURBON. — Le soulagement consécutif à la réalisation de l'obsession s'explique assez bien, par un mécanisme tout physique, lorsque l'acte réalisateur est violent, comme le furent les précipitations des deux malades de MM. Crouzon et Vurpas. Il s'agit alors d'une commotion véritable et l'on comprend que les lésions ou même les simples perturbations dynamiques de l'axe nerveux puissent avoir leur retentissement sur l'état biologique qui conditionne l'angoisse et que ce retentissement puisse parfois faire disparaître ainsi les conditions de l'anxiété. Ce n'est pas la réalisation de l'acte, c'est le traumatisme lié à cette réalisation qui a produit la guérison. On hésite davantage à admettre qu'une émotion intense, comme l'horreur de constater les mutilations que l'on vient d'accomplir sur son propre enfant, puisse déclencher le même mécanisme de réactions dans l'axe nerveux.

M. VURPAS. — Je remercie les confrères qui ont bien voulu nous donner leurs avis. Je tiens à faire remarquer que, dans nos consultations de la Salpêtrière, il est tout à fait exceptionnel que les obsédés par l'idée de suicide réalisent leur obsession. La clientèle du Val-de-Grâce est faite de malades plus gravement

(1) G. DENY et René CHARPENTIER. — Obsessions et psychose maniaque dépressive. (Congrès des aliénistes et neurologistes, Nantes, août 1909, et *L'Encéphale*, octobre 1909).

touchés, car on n'envoie pas à l'hôpital des militaires atteints simplement de phobie ou d'obsession. D'une façon générale, je rassure mes malades en leur disant qu'ils ne mettront jamais leur idée à exécution.

M. René CHARPENTIER. — Toutefois, l'obsession suicide des psychasthéniques, ou, comme disait Magnan, des syndromes épisodiques des dégénérés, me paraît plus dangereuse que semble ne le penser M. Vurpas. Une consultation hospitalière ne permet pas toujours d'être renseigné exactement sur l'avenir des malades qui y sont amenés et c'est souvent après 10 ans, 15 ans, 20 ans, d'avantage, que l'obsédé finit un jour par passer à l'acte, à l'occasion d'un fait parfois minime. Il est bien difficile de prévoir le moment de la réalisation, et cela incline, dans ces cas, souvent héréditaires, à la plus grande prudence. Les faits qui viennent de nous être exposés en sont d'ailleurs la démonstration.

Je voudrais souligner l'intérêt tout particulier de la première des deux malades présentés par MM. Crouzon et Vurpas. D'abord, parce que c'est ici une psychasthénique pure qui est passée de l'idée à l'acte, ensuite, parce qu'elle a réalisé une obsession impulsive libéricide, ce qui est extrêmement rare, au moins en occasionnant une blessure telle qu'elle nécessite l'envoi d'un enfant à l'hôpital, enfin, parce qu'elle a réalisé déjà ces deux actes entre lesquels nous venons d'établir une différence de danger : l'impulsion homicide et l'impulsion suicide. Délivrée par la réalisation, de la première de ces deux obsessions, elle conservait naturellement l'état maladif, le terrain, sur lequel devaient en éclore d'autres, mais la tendance aux réalisations est chez elle remarquablement dangereuse.

### **Syndrome d'automatisme mental et délire spirite,**

par MM. L. MARCHAND, M<sup>lle</sup> P. PETIT et J. FORTINEAU.

Nous présentons à la Société un malade atteint d'un syndrome d'automatisme mental à forme de délire spirite offrant certaines particularités cliniques peu décrites. Cette forme de délire, si commune chez la femme, a été plus rarement observée chez l'homme, ce qui ajoute à l'intérêt de cette communication.

L... Louis, âgé de 41 ans, ajusteur-mécanicien.

*Antécédents héréditaires* : Père mort d'une attaque de paralysie ; il faisait du spiritisme.

Le parrain du malade était également spirite, mais la mère, qui ne

s'occupe pas d'occultisme ne peut donner aucun détail sur le baptême de son fils qui s'est fait « spiritement ».

*Antécédents personnels* : Aucune maladie dans l'enfance.

Reçu le premier au Certificat d'études primaires, à 12 ans.

Apprentissage de deux ans dans une Ecole professionnelle.

Commotionné pendant la guerre.

Marié une première fois en 1919 ; paraissait normal. Cependant très vite il devint jaloux, ombrageux, allait jusqu'à interdire à sa femme de s'intéresser aux animaux.

En 1922, il commence à jouer et à boire, principalement des alcools et des apéritifs. Il devient agressif, jette en pleine nuit sa femme hors du lit, d'autres fois brise la vaisselle. Sa femme, en 1929, se décide à abandonner le domicile conjugal, mais le malade refuse le divorce qui ne sera prononcé qu'en 1933.

Il va souvent rôder autour du domicile de son ex-belle-mère pour tâcher d'apercevoir son ex-femme.

Sa première femme n'a jamais remarqué aucune pratique suspecte durant leurs huit années de vie commune.

Les troubles actuels paraissent avoir débuté en 1931 : L... remarque que dans la rue « des gens se signent sur son passage ». A l'atelier, les camarades le dévisagent « parce que sa physionomie avait changé ». Il pense qu'il s'agit d'une « transfiguration ».

Dès ce moment, il comprend que sa femme, qui l'a quitté, a une grande influence sur lui.

Il présente des hallucinations psychiques. « J'entends dans ma tête », dit-il. On lui apprend qu'il est un médium, que sa femme était aussi médium. « Je fais avec elle de la transmission de pensée à distance. » Il peut deviner les pensées de certaines personnes et on peut deviner les siennes. Pas d'hallucinations auditives.

Il est bientôt influencé par les esprits ; c'est, en particulier, son père, mort il y a quelques années, qui lui parle.

On l'oblige quelquefois à commettre des actes auxquels il doit résister de toute sa volonté.

Il continue néanmoins à travailler et ne donne lieu à aucune remarque particulière.

C'est seulement au mois de mars 1934, qu'en voulant signer son nom au bas d'une carte postale, il a été « obligé » de signer « Jesu » (*sic*).

Depuis, les phénomènes d'écriture automatique se répètent souvent. « C'est une écriture indépendante de ma volonté », dit-il, « mais quelquefois mon subconscient résiste ».

Les écrits sont nombreux, d'un graphisme toujours tremblé et, le plus souvent, inintelligibles.

Il est incapable de relire ses écrits : il faudrait pour cela « qu'il soit », dit-il, en état de voyance ».

Il les adresse soit à des hommes politiques, soit à sa femme.

On lui fait parfois dessiner « des têtes et des physionomies ».

La nuit, on lui fait « voir en rêve, dans un demi-sommeil, les personnes auxquelles il devait écrire ».

Il n'a jamais fréquenté les milieux spirites ; il a été chez une dame « pour progresser », mais ne semble pas avoir persévéré dans cette voie.

Au mois de mai 1934, il fait la connaissance d'une jeune fille, la demande en mariage et l'épouse sans la prévenir qu'il est divorcé. Au bout de deux ou trois mois, celle-ci remarque les bizarreries de ses attitudes ; il parle peu ou s'il parle c'est pour aborder des questions de spiritisme et d'astrologie.

Il veut endormir sa femme et son beau-père. Il travaille irrégulièrement, quitte brusquement ses employeurs pour rentrer chez lui et écrire ce que sa femme appelle des « barbouillages ».

Il prend quelquefois des attitudes théâtrales, assure qu'il a béni un enfant. Sa femme commence d'être inquiète, et avec d'autant plus de raison qu'il brandit souvent son rasoir en prononçant des paroles inintelligibles. Elle quitte donc le 18 novembre 1934 le domicile sans prévenir son mari.

Depuis le départ de sa femme, le malade a cessé tout travail, se promène dans Paris, mais « on le suit, on le frôle, on le dévisage ». Il prétend qu'on a voulu l'assassiner dans un café.

Il essaie de rejoindre sa première femme et le 28 novembre il se rend chez son ex-belle-mère. On refuse de le recevoir mais comme il fait du scandale, on fait appel à la Police. Et c'est dans ces conditions que notre malade est conduit à l'Infirmierie Spéciale, puis à Ste-Anne, le 29 novembre 1934.

Depuis son entrée dans le service le malade est très réticent. Il assure qu'il se souvient très mal des circonstances qui ont motivé son arrestation. « Il était, dit-il, dans le sommeil hypnotique ». Il a seulement dit à son ex-belle-mère qu'il l'aimait, c'est « l'esprit qui était en lui qui a fait cette déclaration ».

Il assure que « ce ne sont que des expériences que l'on fait sur lui ».

On a commencé à agir sur lui, il a continué ensuite à s'occuper de spiritisme pour son propre compte et est arrivé à un résultat qui déplaît, pense-t-il.

On lui fait de la transmission de pensée mais seulement par l'intermédiaire des esprits dont il veut ainsi prouver l'existence. Il se reconnaît lui-même comme médium. Il se sent soumis à une force supérieure émanant de Jésus.

Quand on lui demande des explications il dit qu'il est lui-même Jésus ; « Je peux seulement l'expliquer en parlant comme je l'entends ; je ne suis qu'un petit ».

Puis son attitude se modifie, il ferme les yeux, ses paupières tremblent et il prend un ton inspiré pour dire : « Le mot Jésus c'est un monsieur qui écoute et qui te dit de te tairé, Louis ».

Malgré la signification que nous pourrions attribuer à ce mot de

Jésus, nous n'avons pu, peut-être à cause de la réticence du malade, le rattacher à une idée de grandeur.

Nous n'avons pu mettre en évidence des troubles cénesthésiques.

L'examen neurologique révèle seulement un léger tremblement digital et lingual.

En résumé, il s'agit d'un malade qui, après avoir manifesté en 1925 des troubles du caractère et des idées de jalousie à la suite d'excès éthyliques, présente actuellement un syndrome d'automatisme mental avec délire d'influence caractérisé par des hallucinations psychiques, des hallucinations psycho-motrices graphiques et psycho-motrices verbales, du « devinement de la pensée d'autrui ».

Le délire spirite n'est pas primitif ; il est venu se greffer sur des phénomènes d'automatisme mental qui existaient avant que le malade se considère en rapport avec les esprits.

Il est à la fois médium écrivain et médium auditif psychique. On constate chez lui deux sortes d'activité mentale pathologique, l'une qui répond à l'état le plus habituel et pendant laquelle le malade explique son délire d'influence, l'autre qui est transitoire et pendant laquelle les manifestations spirites apparaissent. Point tout à fait particulier, le sujet peut à volonté se dédoubler, entrer en communication avec les esprits et produire de l'écriture automatique.

Remarquons qu'avant son délire, le malade ne s'était livré à aucune pratique spirite, mais il a dans l'enfance vécu dans des milieux spirites. Son père, son parrain faisaient du spiritisme et c'est par eux que notre malade a été « baptisé spiritement » dès l'enfance.

Au point de vue social, notre malade a continué à exercer sa profession d'ajusteur-mécanicien jusqu'en décembre 1934 et n'a donné lieu à son atelier à aucune remarque ; il ne parlait jamais de spiritisme. Il s'agit cependant d'un individu dangereux, susceptible de réactions graves, puisque sa première femme, puis sa seconde femme ont dû le quitter à la suite de menaces proférées contre elles.

M. LAGACHE. — Devant une docilité aussi parfaite du sujet qui, sur commande, vient de passer plusieurs fois devant nous de l'état spirite à l'état normal, il faut se méfier de la simulation ou de l'hystérie.

M. SCHIFF. — Je crois qu'il ne s'agit pas du tout d'un simulateur, mais d'un malade atteint primitivement d'automatisme

mental, qui, secondairement, s'est livré à des pratiques spirites, et est arrivé, par un dressage et un entraînement, à discipliner en partie ses troubles mentaux. J'ai publié, dans les *Annales Médico-psychologiques*, il y a de nombreuses années, l'observation d'une ancienne hallucinée et influencée qui, étant tombée sur un spirite, présenta des phénomènes analogues à ceux-ci. D'ailleurs, au centre spirite de la rue Copernic, aujourd'hui disparu, on voyait côte à côte des spirites non délirants et des délirants devenus spirites.

M. Georges DUMAS. — Je crois en effet que les phénomènes spirites et les phénomènes d'influence sont tout à fait comparables. Souvent, des délirants influencés et cependant encore confiants en certaines personnes de leur entourage, notamment en des concierges, vont consulter, sur leurs conseils, des spirites qui leur apprennent à éduquer leurs troubles d'influence et font de ces malades de vrais spirites. Parfois, au contraire, le sujet s'adonne au spiritisme avant d'avoir présenté aucun trouble délirant, et lorsque le délire survient par la suite, il paraît avoir été créé par les pratiques spirites. Je rappelle la malade bien connue jadis à Ste-Anne sous le nom d'Alexandra qui était venue au spiritisme à l'occasion de la perte de son amant. Entre ces cas extrêmes il y a tous les degrés.

M. René CHARPENTIER. — C'est très souvent, en effet, à l'occasion d'un état de dépression que prennent naissance des délires spirites. Dans l'état de dépression tel que celui qui suit la perte d'un être cher, le malade, mû par son désir de revoir celui qu'il a perdu, est parfois entraîné, par l'entourage, ou une rencontre fortuite, à des réunions spirites. Sa dépression et sa suggestibilité, jointes à un ardent désir, peuvent alors rendre plus éduicable un sujet prédisposé.

M. Georges DUMAS. — Ce sont les états affectifs déterminés par la perte d'un compagnon-directeur qui orientent le sujet vers le spiritisme : femme docile à son mari, amant mené par sa maîtresse, ou simplement ami ayant l'habitude de se laisser guider par un autre. L'élément sexuel n'est pas nécessaire.

M. SIMON. — Mais ce dressage, cet entraînement dont on nous dit qu'ils peuvent produire un syndrome mental, ne se confondent-ils pas avec ce que l'on appelait autrefois la culture hystérique ?

M. Georges DUMAS. — Ces sujets sont hystériques en ce sens qu'ils dramatisent ce qu'ils éprouvent. Ils n'ont pas à l'égard des

idées surgies spontanément dans leur cerveau et sans lien évident avec les autres idées l'insouciance que nous, gens normaux, avons pour ces idées spontanées, surgies nous ne savons pourquoi.

M. LAGACHE. — J'ai voulu dire non pas que ce malade est un hystérique, mais que le mécanisme de ses troubles est celui de l'hystérie.

M. MARCHAND. — Il n'y a pas lieu de penser à la simulation. Ce malade est dangereux. Sa première et sa seconde femme ont dû fuir le domicile conjugal ; elles étaient effrayées des attitudes théâtrales et des propos incohérents qu'il présentait par crises. Plusieurs fois il menaçait l'une d'elles avec son rasoir. Ce malade proteste contre son internement. Il a été arrêté alors qu'il était, dit-il, en « état d'hypnose ». En réalité, on l'a cru en état d'ivresse. Il n'a commis aucun délit et n'a aucune raison de chercher à se soustraire à la justice.

Il a fallu, pour que je le décide à venir devant vous, que je lui dise que je ne le considérais pas comme aliéné et qu'il devait, pour vous prouver son équilibre mental, vous montrer comment il pouvait à volonté se mettre en communication avec les esprits. Pendant plusieurs années, le syndrome d'automatisme mental a évolué sans caractère spécial et ce n'est que depuis quelques mois qu'il a pris la forme spirite.

Ce sujet n'a jamais présenté de crises hystériques et on ne relève chez lui aucun stigmate. Il prend une attitude théâtrale quand il se met en rapport avec les esprits et il semble y prendre plaisir. Quand on l'interroge en dehors de « son état de transe », il manifeste une certaine ironie, car, quoique nous n'ayons pu constater d'idées de grandeur, il se trouve supérieur aux autres puisqu'il est médium.

**Sur deux cas de puérilisme dans la paralysie générale, par MM. HUMBERT et MICOUD. (*Travail du Service du Docteur Guiraud*).**

Les deux malades, atteintes de paralysie générale, que nous présentons aujourd'hui, sont remarquables par le caractère de leur déficit psychique, qui donne à leur comportement une allure puérile très particulière.

La première de ces malades, Mme Or... Marie, est une femme de 40 ans, entrée dans le service depuis un an. Rien de remarquable



dans ses antécédents ; nous n'avons sur eux du reste que peu de renseignements, d'après lesquels cependant elle semble s'être toujours montrée d'une intelligence médiocre.

Nous n'avons pu savoir la date de l'infection spécifique ; elle a eu quatre enfants, dont deux sont morts en bas âge ; une fille, âgée de 16 ans, est actuellement en traitement à l'hôpital de Berck pour une affection articulaire, un fils de 18 ans serait bien portant. Elle n'aurait jamais été malade jusqu'à l'affection actuelle.

L'évolution de cette maladie s'est faite en deux étapes ; la première, progressive et insidieuse, s'est manifestée par de l'embarras de la parole, sans que des troubles mentaux aient attiré des remarques de son mari ; elle continuait à s'occuper de son ménage avec ordre et propreté ; puis, brusquement, en août 1933, elle se plaint de céphalée, a « comme une congestion » à la suite de laquelle elle aurait été paralysée du côté gauche et, surtout, elle ne pouvait plus s'exprimer, parlant comme un bébé : « Papa, tu vois papa, je suis bien. »

Par la suite, son inactivité, son euphorie, avec idées délirantes de satisfaction et de richesse, amènent son entrée à l'hôpital Henri-Rousselle au début de mars 1934. Les examens pratiqués alors font porter le diagnostic de paralysie générale et elle est internée dans le service le 13 mars 1934.

Les certificats d'internement mentionnent un état démentiel avec euphorie et idées de satisfaction et de richesse, de la confusion des idées, elle appelle le médecin « papa », du gâtisme.

Au point de vue organique, le plateau tibial gauche montre le reliquat d'une fracture par chute. La malade présente une trémulation généralisée, de la dysarthrie avec mâchonnement et de la difficulté à la déglutition. Les réflexes rotuliens sont vifs, les pupilles inégales et paresseuses à la lumière.

Le syndrome humoral avec hyper-albuminose, réactions des globulines positives, hyperlymphocytose, réaction du benjoin de type paralytique, Wassermann et Meinicke positifs, montre la nature du tableau psychoclinique.

Mme Or... est impaludée en avril 1934, mais la malariathérapie et les divers traitements chimiques institués n'ont pas modifié ce tableau.

Le syndrome neurologique est resté le même, avec, en plus, une hémiparésie droite, apparue en septembre 1934 ; il existe, en outre des signes déjà mentionnés, une hypoesthésie globale localisée aux membres inférieurs et au tronc et une paralysie du voile.

Ce qui est plus remarquable chez cette malade, c'est le puérilisme de son comportement, invariable depuis qu'elle est dans le service.

Dès qu'on s'approche du lit où elle reste confinée, sa mimique exprime la joie affectueuse, elle sourit béatement en répétant « pâ-pâ-pâ-pâ ». Elle veut caresser les mains qui se tendent vers elle, saisit au cou la personne qui s'approche et tente de l'embrasser.

L'examen analytique du fond mental montre un déficit très accusé et global des fonctions élémentaires : la vie psychique de cette femme semble se borner à des élans instinctifs et affectifs, dont l'expression verbale est limitée au seul vocable « papa ».

Et certes, on pourrait faire remarquer devant un tel syndrome s'accompagnant d'hémiplégie droite, qu'il s'agit là de phénomènes aphasiques de type Broca et que la réduction presque complète du langage à ce seul mot de *papa* doit être considéré plus comme résultant d'un trouble aphasique que traduisant une régression à une mentalité de nourrisson ou ce même mot marque le début des acquisitions nominales. Dans les épreuves de dénominations d'objet, Mme Or... ne fournit aucune réponse valable, mais elle reconnaît cependant bien son nom ; souvent, elle élude les questions par « je ne sais pas », ou « sais pas » ; elle exécute des ordres simples : montrer son nez, ses oreilles, faire le signe de la croix, envoyer un baiser. Mais en face d'autres épreuves, son activité d'imitation la montre jouant comme un enfant : on lui désigne des images, elle se met à rire bêtement en disant : « et ça, et ça ». C'est d'ailleurs tout le côté extrêmement puéril de son comportement habituel, permettant de la comparer à l'activité d'un nourrisson, avec ses élans affectifs, ses sourires niaisement affectueux, qui s'offrent à notre observation journalière et nous permettent de penser qu'il existe là une véritable régression à un stade mental infantile.

La seconde malade, également atteinte de paralysie générale, nous donne un exemple d'un processus psychopathique analogue.

Mlle Br... Renée est âgée de 17 ans. Elle est née à terme, a parlé et marché vers 18 mois. Jusqu'à l'âge de dix ans, son développement intellectuel a été à peu près normal, quoiqu'elle fut en retard de deux ans sur les enfants de son âge. De 10 à 12 ans, elle a cessé de faire aucun progrès, puis l'attention, la mémoire ont beaucoup baissé, elle oublie les petites chansons qu'elle savait auparavant, elle ne peut plus faire les petites courses dont on la chargeait.

A 14 ans apparaissent de la dysarthrie et de l'ataxie des membres inférieurs. Sur l'avis du D<sup>r</sup> Héuyer, on la soumet alors à un traitement spécifique, malgré des réactions sérologiques négatives. Ce traitement, varié, énergique et régulièrement suivi, n'enraye pas cependant la progression des troubles. De 14 à 16 ans, Renée perd l'usage de la lecture et de l'écriture. A 16 ans, elle est sujette à des vertiges qui se répètent pendant 6 mois, jusqu'en juillet 1934. Jusqu'à ce moment, elle s'était, d'ailleurs, toujours montrée calme et docile : « c'était une bonne petite fille », a dit sa maîtresse d'école ; mais à cette date apparaissent des modifications curieuses, elle se met à parler d'une voix changée, comme un bébé, dont elle a la turbulence et la motilité, l'expression affective et émotionnelle ; souriant et s'extasiant sur les

objets qui l'entourent, se mettant à pleurer si on lui refuse ce qu'elle demande.

Elle est internée le 15 février dernier.

Dans ses antécédents héréditaires et personnels avant l'affection actuelle, quelques notions sont intéressantes à mettre en évidence.

Sa mère a fait une ~~fausse~~ fausse-couche, puis a eu d'une deuxième grossesse une fille âgée actuellement de 21 ans, bien portante ; une deuxième fille est notre malade ; sa mère a eu ensuite d'un autre père une troisième fille âgée de 16 ans et bien portante.

Le contraste entre l'affection héréditaire de notre malade et le fait que ses deux sœurs sont indemnes mérite d'être souligné. L'existence d'une fausse-couche avant les autres grossesses menées à terme, le peu de différence d'âge entre la sœur cadette et Renée, l'abstention chez celle-ci de tout traitement spécifique avant l'intervention de M. Heuyer, rendent peu vraisemblable l'hypothèse d'une syphilis découverte au moment de la naissance de notre malade, et dont un traitement énergique aurait enrayé les effets sur l'enfant venu après.

Renée a eu un développement normal pendant sa première enfance, bien qu'ayant souffert de gastro-entérite, mais elle a présenté à l'âge de 8 ans un *zona* ; nous insistons sur la notion de cette atteinte nerveuse dont le rôle est peut-être important dans l'étiologie de la paralysie générale actuelle et qui permet peut-être de résoudre un problème curieux dans le déterminisme de l'affection héréditaire.

Actuellement notre petite malade présente un syndrome neurologique avec dysarthrie très accusée, réflexes rotuliens faibles et achilléens abolis, anisocorie au profit de la pupille droite, inerte aux excitations lumineuses, tandis que la gauche présente une réaction paradoxale.

Les examens biologiques pratiqués à plusieurs reprises ont donné des réactions spécifiques positives dont l'intensité a regressé légèrement sous l'influence du traitement.

Nous insisterons davantage sur le tableau psycho-clinique qui réalise un véritable puérilisme. Renée a cette turbulence avec instabilité motrice et diffuence de l'attention particulière aux enfants, qui rend chez elle tout examen difficile. Elle se montre subexcitée et gaie, s'amusant de tout ce qui se passe autour d'elle. Elle désigne sur un ton d'admiration ravie tout ce qu'on lui montre par le qualificatif petit « petit chapeau, petit couteau, petits chevaux, petit pendule » (pour une montre).

La construction grammaticale est réduite à cet accollement d'un épithète à un substantif ; souffrant dernièrement de malaises divers au cours d'accès de paludisme thérapeutique, elle s'exprimait sur elle-même en ces termes : « Bobo Nénée, bobo Nénée, oh ! »

L'écriture qui était à peu près correcte vers l'âge de 10 ans est réduite actuellement à des jambages malhabiles et réitérés, comme en tracent les écoliers de 5 ans.

Elle est incapable de lire l'heure, ne faisant attention qu'à la grande aiguille dont elle apprécie assez inexactement la position.

Notons que son développement physique bien qu'imparfait et dystrophique, n'offre aucun parallélisme avec le caractère enfantin de sa mentalité. Renée est réglée mais considère cela comme « un bobo » en montrant le sang qui tache sa chemise.

Plusieurs auteurs ont bien mis en évidence les rapports entre des états psychopathiques et la mentalité de l'enfant.

Dupré oppose la *puérilité* acquise de certains déments devenus aussi faibles qu'un enfant au « *puérilisme* » qui n'est pas caractérisé par l'abaissement du niveau intellectuel, quoique il puisse s'y associer. Le puérilisme est « une véritable mise en « scène, une régression de la mentalité vers l'enfance, caractérisée par une modification des sentiments, des tendances des « appétits, du langage, des gestes, telle que le sujet semble « transformé en un petit enfant ».

Cette affection peut s'observer, écrit Dupré, dans les détails pathologiques les plus différents, mais il ne cite aucun cas de puérilisme dans la paralysie générale.

MM. René Charpentier et Courbon ont décrit ce puérilisme dans la démence sénile.

Plusieurs auteurs ont décrit une sorte de puérilisme dans les états d'arriération.

M. Marchand a montré que dans les formes juvéniles de paralysie générale on se trouve en présence de malades paraissant atteints d'idiotie ou d'imbécillité, et, qu'en réalité, il s'agit d'un état qui s'est installé chez un enfant ayant pendant plusieurs années présenté un développement intellectuel normal.

M. Petit a attiré l'attention sur les régressions pédoïde et héboïde observées dans la manie et l'hypomanie.

L'an dernier M. Courtois a présenté ici-même un syndrome très pittoresque de trophomimie (imitation du nourrisson) d'allure hystérique chez une démente précoce en évolution.

En ce qui concerne la psycho-pathologie du puérilisme tel que l'a définie Dupré, définition qui convient aux divers cas que nous citons et aux observations que nous rapportons, on peut envisager diverses hypothèses :

- 1° celle de l'installation d'un état mental tout nouveau comportant ce puérilisme en raison même de sa néoformation ;
- 2° celle d'un état du type Ecmnésie de Pitres ;
- 3° ou bien celle d'une régression par involution de la personnalité vers un stade mental antérieurement traversé.

Il nous semble plus légitime d'adopter cette dernière façon d'envisager les choses.

Quant au mécanisme d'une telle involution, nous avons tendance à voir, à la suite de MM. René Charpentier et Courbon (1), un facteur prédominant dans le déficit intellectuel de nos malades. M. Petit insiste dans son étude de la régression pédoïde de la manie sur l'importance des troubles déficitaires du jugement, de même que M. Courtois attirait l'attention sur l'affaiblissement intellectuel de sa malade. Pour MM. René Charpentier et Courbon, le puérilisme par régression déficitaire serait une application exacte de la loi de Ribot. Il nous semble utile, dans les cas que nous présentons, particulièrement dans celui de Renée, de faire également jouer un rôle dans le mécanisme du puérilisme à la subexcitation psychomotrice, sur laquelle M. Petit insiste dans la manie.

Une dernière considération s'impose, il existe entre la mentalité des malades que nous présentons et la mentalité de l'enfant une différence très importante : alors que chez nos malades l'activité psychique paraît réduite et fixée à des modes de plus en plus simples, on observe chez l'enfant une progression constante, et une activité de compréhension que nous n'avons pas observée chez elles.

Nous tenons à souligner ce fait que l'immense majorité des malades atteints de paralysie générale ou de démence sénile réalise une simple démence sans aucun caractère rappelant le psychisme infantile ou puéril ; on n'a pas encore apporté d'explication de ces cas, exceptionnels, d'un état affectif et d'un comportement rappelant celui des nourrissons et des enfants.

La séance est levée à midi 30.

*Les Secrétaires des séances,*  
P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) René CHARPENTIER et Paul COURBON. — Le puérilisme mental et les états de régression de la personnalité. *L'Encéphale*, oct.-déc. 1909.

René CHARPENTIER. — Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. *Revue Neurologique*, juin 1917.

---

Séance du Lundi 25 Mars 1935

---

Présidence : M. Th. SIMON, président

---

### Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 14 février 1935 et le procès-verbal de la séance du lundi 25 février 1935 sont adoptés.

### Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> J. PICARD, *membre correspondant national*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et demande à la Société de remettre à une séance ultérieure la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> E. BAUER, de Limoges, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> H.-Th. STECK, de Céry-sur-Lausanne, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Louis MARS, de Petionville (Haïti, Grandes Antilles), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* : la Société désigne une Commission composée de MM. Georges DUMAS, MIGNOT et P. COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 24 juin 1935 ;

des lettres de M. le Médecin Commandant Jean LASSALE, professeur agrégé et Médecin du Service Neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce, et de M. le D<sup>r</sup> Jean TRILLOT, Médecin-Chef de l'Asile privé du Bon-Sauveur à Albi (Tarn) qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. CAPGRAS, FRIBOURG-BLANC et Paul ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du lundi 24 juin 1935.

### Centenaire de Magnan

une lettre de M. le Professeur ROUSSY, *Doyen de la Faculté de Médecine de Paris*, désignant M. le Professeur Henri CLAUDE pour représenter la Faculté de Médecine à la célébration du centenaire de V. Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> R. WORTH, *hon. secrétaire général de la Royal Medico-psychological Association* désignant M. le D<sup>r</sup> G.-W.-B. JAMES pour représenter cette Association à la célébration du centenaire de V. Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> G.-R. EDWARDS, *Secrétaire général de la Royal Society of Medicine of London* désignant M. le D<sup>r</sup> G.-W.-B. JAMES pour représenter cette Société à la célébration du centenaire de V. Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> WILLIAM C. SANDY, *secrétaire-trésorier de l'American psychiatric Association* qui remercie la Société de son invitation à la célébration du centenaire de Magnan et exprime l'espoir qu'il sera possible à cette Association de s'y faire représenter ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Charles DUBOIS, *président de la Société suisse de Neurologie*, faisant part de la désignation du Professeur M. MINKOWSKI, de Zurich, pour représenter cette Société à la célébration du centenaire de Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> H. BEAUDOUIN, *secrétaire de la Société Médicale des Asiles d'Aliénés de la Seine*, faisant connaître que cette Société sera représentée par son président, le D<sup>r</sup> GUIRAUD, à la célébration du centenaire de Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> P. SCHUTZENBERGER, *secrétaire de l'Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France* annonçant que cette Association sera représentée par son président le D<sup>r</sup> J.-M. DUPAIN à la célébration du centenaire de Magnan ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> P. COURBON, *secrétaire de l'Association Amicale des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine*, annonçant que cette Association sera représentée par son président, le D<sup>r</sup> René CHARPENTIER, à la célébration du centenaire de Magnan.

### Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

La Société décide de déclarer vacante une place de *membre titulaire* : les candidats ont jusqu'au jeudi 9 mai 1935, date à laquelle sera désignée la Commission chargée de l'examen de ces candidatures, pour adresser au secrétaire général leur demande accompagnée d'un exposé de titres et travaux scientifiques ; l'élection aura lieu à la séance du lundi 24 juin 1935.

### Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. MARCHAND, GOURIOU et Paul ABÉLY, sur les titres de M. le D<sup>r</sup> Roger GOT, de Sarreguemines, il est procédé au vote.

Nombre de votants .....	17
Majorité absolue .....	9

A obtenu :

M. le D<sup>r</sup> Roger GOT ..... 17 voix

M. le D<sup>r</sup> Roger GOT, de Sarreguemines, est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

### Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. P. COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. Georges DUMAS, LHERMITTE et P. COURBON sur les titres de M. le D<sup>r</sup> J.-O. TRELLES, de Lima (Pérou) il est procédé au vote.

Nombre de votants .....	21
Majorité absolue .....	11

A obtenu :

M. le D<sup>r</sup> J.-O. TRELLES ..... 21 voix

M. le D<sup>r</sup> J.-O. TRELLES, de Lima, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

## COMMUNICATIONS

### Etude complémentaire des mesures de sûreté du projet de Code pénal, par M. Xavier ABÉLY.

Dans sa dernière séance, la Société Médico-Psychologique s'est occupée des deux articles essentiels concernant les mesures de sûreté : les art. 72 et 73. Elle a adopté un texte nouveau qui modifie heureusement le projet du nouveau code pénal. D'autres points, bien que d'importance moindre, mériteraient d'être transformés. Il est nécessaire aussi d'harmoniser, avec la nouvelle rédaction des art. 72 et 73, le texte des articles suivants. Quelques articles additionnels seraient enfin indispensables. Tel est l'objet de mon étude complémentaire.



Les articles dont la retouche me paraît surtout s'imposer sont les art. 74, 78 et 79.

**SURVEILLANCE MÉDICALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SÛRETÉ.** — L'art. 74 ne concerne plus les délinquants atteints d'aliénation franche ou d'infirmité mentale grave. Il s'adresse aux récidivistes considérés par le projet comme des « inadaptés sociaux ». Il y a lieu de supposer que, dans l'esprit des auteurs, il s'agit ici des récidivistes simples, ne présentant aucune anomalie psychique importante, en dehors de leur inadaptation sociale. Ces récidivistes, actuellement frappés de la peine de relégation, seront placés dans des établissements spéciaux dits « établissements de travail », situés soit dans nos possessions d'outre-mer, soit en Algérie, soit en France. L'art. 74 déclare que ces sujets seront soumis à « un régime approprié de réadaptation sociale » et que cette relégation pourra prendre fin « quand des signes certains de réadaptation sociale auront été constatés ». Le régime approprié sera exclusivement fixé par l'administration pénitentiaire et la réadaptation sera constatée par le juge qui a prononcé la mesure de sûreté. Dans ce projet, il n'est donc nullement question de la collaboration d'un psychiatre soit pour choisir les méthodes les mieux adaptées, soit pour apprécier la possibilité de la libération. Il semble cependant que l'aliéniste soit parfaitement qualifié pour l'application de cette observation et de ce traitement psychopédagogique. En Belgique, ces essais de régénération morale et de reclassement social sont dirigés et surveillés par le service médical d'anthropologie criminelle « qui suggère, nous dit Vervaeck, les conditions thérapeutiques et pédagogiques utiles pour chaque sujet. Le projet de code pénal français élimine tout concours médical. Nous devons revendiquer, je crois, sinon le rôle de direction permanente des méthodes appropriées, du moins le rôle de conseiller technique dans l'établissement de ces mesures et dans l'appréciation de leur résultat. Je propose donc d'ajouter à l'art. 74 le complément suivant : « L'avis d'un médecin spécialisé sera sollicité pour l'application du régime de réadaptation et l'appréciation des signes de cette réadaptation. »

**Article 78.** — Les considérations précédentes s'appliquent exactement à l'art. 78. Celui-ci concerne les vagabonds qui sont placés dans un dépôt de mendicité pour une période de deux ans au maximum. Ici encore, l'appréciation des signes de réadaptation est confiée au juge du lieu de l'établissement. La même addition que précédemment devrait être jointe au texte de cet article.

VISITE MÉDICALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SÛRETÉ. — Article 79.  
— Cet article est fort important, car il établit le mode d'inspection des divers établissements de sûreté. En voici le texte :

« Les aliénés criminels, alcooliques, toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave qui auraient été placées, par décision de justice, dans une des maisons de santé prévues aux articles 72 et 77 du présent code seront, indépendamment des visites faites par les magistrats, périodiquement visités par des médecins désignés par le juge auquel ils feront leur rapport.

« Les individus retenus dans les établissements de travail ou les dépôts de mendicité, en application des art. 74 et 78, seront visités par des membres de société de patronage désignés par le juge du lieu de l'internement auquel ils feront leur rapport. Ces rapports seront communiqués au Ministère public et au défenseur. »

On voit que des médecins seront chargés de visiter les asiles de sûreté et les annexes psychiatriques des prisons prévues par les articles 72 et 73. Ils sont éliminés par contre des établissements de travail et des dépôts de mendicité. Cette exclusion des psychiatres ne provient pas d'un oubli, mais d'un véritable ostracisme voulu. Non seulement on ne nous demande aucune directive au sujet des inadaptés sociaux, mais encore on ne nous autorise pas à les visiter. Cette inspection est réservée à des membres de société de patronage. Cependant, il existe à coup sûr, parmi ces récidivistes et ces vagabonds, des anormaux que l'on pourrait dépister. En Belgique, cette sélection est opérée très soigneusement et il y a même des établissements spéciaux, d'une part, pour les récidivistes normaux, d'autre part pour les récidivistes atteints d'infirmité mentale. Les psychiatres français doivent, eux aussi, réclamer la visite des établissements prévus par les art. 74 et 78. Nous aurions tort de ne pas protester contre l'omission intentionnelle du projet. Notre rôle est aussi utile en la circonstance que celui des membres des sociétés de patronage.

En revanche, je trouve tout à fait superflu les inspections médicales des asiles de sûreté et des annexes psychiatriques de prison. Les asiles de sûreté seront dirigés par un médecin, les annexes psychiatriques posséderont un service médical permanent. Si, de plus, les Commissions médico-judiciaires sont instituées, elles seront appelées à se prononcer, à tous moments, sur les cas litigieux. On ne voit pas, dans ces conditions, quelle serait l'utilité d'un contrôle supplémentaire, d'ailleurs illusoire.

Cet article soulève enfin la question du choix des médecins chargés de visiter les établissements de sûreté. L'article déclare que ces médecins seront désignés par le juge. Sans entrer dans la discussion de ce choix, je pense qu'il y aurait lieu de réserver le mode de désignation des médecins visiteurs. En somme, l'article 19 est entièrement à réviser. Je proposerai la rédaction suivante : « Les aliénés criminels, alcooliques, toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave qui auraient été placées par décision de justice dans un des établissements de sûreté prévus aux art. 72 et 73 du présent code, seront visités par des magistrats. Les individus retenus dans les établissements de travail ou les dépôts de mendicité, en application des art. 74 et 78, seront visités périodiquement par des médecins dont le mode de choix sera ultérieurement fixé et par des membres de société de patronage désignés par le juge. Les personnes chargées de ces visites feront des rapports qui seront communiqués au Ministère public et au défenseur. »

*Inspection psychiatrique des prisons.* — La visite psychiatrique des établissements de sûreté me paraît encore insuffisante. J'estime que devrait être inscrit, dans le projet de code pénal, le principe de l'inspection psychiatrique de tous les établissements pénitentiaires. L'inspection des prisons par des spécialistes existe en Belgique depuis 1891. En France, elle est réclamée depuis de nombreuses années par tous les aliénistes. Son utilité a été particulièrement mise en lumière par les travaux de Colin et Pactet. La société générale des prisons s'en est occupé à plusieurs reprises. Cette mesure a été acceptée par tous les projets de révision de la loi de 38 et elle a été votée par la Chambre des Députés. Il n'est pas besoin d'insister ici sur la présence fréquente dans les prisons de grands infirmes mentaux et même de véritables aliénés, jusque-là méconnus, qu'une visite psychiatrique permettrait de dépister. La question de cette inspection est, par là, étroitement liée à la question des mesures de sûreté, le but de ces visites médicales étant de découvrir les individus relevant des articles 72 et 73. Cette réforme si importante n'est pas inscrite dans le projet du code pénal où elle aurait dû avoir sa juste place. Il me paraît indispensable d'éviter cet escamotage. Je proposerai donc l'article additionnel suivant : « Les établissements pénitentiaires seront visités par des médecins spécialisés aux fins d'examen des détenus qui pourraient relever des mesures de sûreté des articles 72 et 73. La forme de ces visites et le mode de choix des médecins visiteurs seront ultérieurement fixés. »

*Transfert entre les divers établissements pénitentiaires et de sûreté.* — Lorsque les inspections psychiatriques auront permis de découvrir les malades et les infirmes mentaux jusque-là méconnus ou dont l'état mental se serait modifié, la tâche ne sera pas terminée. Il faudra encore appliquer à ces sujets la mesure de sûreté la mieux appropriée à leur état psychique et les transférer dans un asile de sûreté ou dans une annexe psychiatrique de prison. L'importante question de ces transferts est donc intimement liée, elle aussi, à la question des inspections. Malheureusement, dans ce nouvel ordre d'idée, rien n'est prévu dans le projet de code pénal. Bien mieux, il établit des cloisons absolument étanches entre la prison et les établissements de sûreté et entre les divers établissements de sûreté. En effet, chacune des mesures de sûreté est déterminée, comme la peine, par un jugement définitif ayant autorité de chose jugée et par là même immuable. Il faudrait recommencer toute la procédure pour modifier le type de la mesure de sûreté choisie. Quelle différence avec la loi belge qui est d'une souplesse parfaite. En Belgique, le juge décide simplement qu'il y a lieu d'appliquer une mesure de sûreté. C'est la commission médico-judiciaire qui choisit la mesure et l'établissement approprié et qui peut d'ailleurs, grâce à la surveillance médicale, modifier à tout moment ce choix et l'adapter à l'état du sujet. L'article 14 est particulièrement à retenir : « la commission désigne l'établissement où l'internement aura lieu, ordonne le cas échéant le transfert dans un autre établissement et statue sur la mise en liberté à l'essai ou à titre définitif. » L'article 18 spécifie que ce transfert peut être provoqué par le procureur ou par l'interné (la commission statue). En ce qui concerne le transfert de la prison à l'établissement de sûreté, la commission donne d'abord son avis, mais c'est le ministre de la justice qui prend la décision. Le projet français de code pénal n'a envisagé aucune de ces éventualités qui se présenteront cependant avec une grande fréquence. Il paraît donc indispensable de combler cette lacune regrettable. Mais il est assez difficile de trouver une solution à cette question si digne d'intérêt. La rigidité des textes du projet ne paraît laisser d'autre recours que la procédure complexe de la révision. Ce procédé est inacceptable en pratique. Il serait plus simple de faire appel à l'autorité judiciaire la plus élevée, c'est-à-dire au Ministre de la Justice qui ratifierait l'avis de la commission médico-judiciaire. Une autre solution serait possible. On pourrait laisser subsister la fiction d'un transfert provisoire et d'une continuation de la peine ou de la relégation à l'asile de sûreté

ou à l'annexe psychiatrique, les sujets transférés devant reprendre leur place dans l'établissement primitif dès que leur état mental le permettrait. Cette façon de procéder permettrait de confier l'ordre de transfert à une autorité plus facilement et plus rapidement accessible, tel le Président du Tribunal ou même la commission médico-judiciaire. D'autre part, le sujet ainsi transféré pourrait être assimilé aux internés de l'article 73 qui cumulent eux aussi à l'annexe psychiatrique la peine et la mesure de sûreté. Je proposerai donc l'article complémentaire suivant : « les individus détenus soit dans une prison, soit dans un établissement de travail ou dans un dépôt de mendicité pourront, lorsque leur état mental l'indiquera, être transférés dans l'asile de sûreté ou l'annexe psychiatrique, prévus par l'article 72 et 73, en vertu d'une décision judiciaire après avis médical. Dans le nouvel établissement, ils subiront un sort analogue à celui des sujets de l'article 73 qui cumulent la peine et la mesure de sûreté. » Cet article résoudrait aussi la question de la conduite à tenir à l'égard des détenus devenus brusquement aliénés au cours de l'emprisonnement.

ARTICLES SECONDAIRES A RÉVISER. — *L'article 96* stipule qu'une mesure de sûreté demeurée inexécutée pendant 5 ans, à compter de l'expiration de la peine, est prescrite si le condamné n'a commis, dans ce délai, ni crime ni délit.

La prescription s'applique aussi à une mesure de sûreté prononcée en dehors de toute peine privative de liberté.

M. Desruelles a justement attiré l'attention sur cet article. Il n'est pas possible de toute évidence d'accorder une telle prescription à un malade ou à un infirme mental dangereux qui aurait su se soustraire à la mesure de sûreté. Il faut donc ajouter à cet article le complément suivant : « Cette prescription ne saurait s'appliquer aux mesures de sûreté des articles 72 et 73. »

*L'article 93* est tout aussi inquiétant. Il déclare que la décision portant libération conditionnelle de la peine peut suspendre les mesures de sûreté dont il donne l'énumération. Dans cette énumération, nous trouvons le placement des sujets atteints d'infirmité mentale grave, dans l'annexe psychiatrique. Il ne paraît pas possible de suspendre l'internement de tels anormaux sous le seul prétexte qu'on leur accorde une remise de leur peine. L'article 73 règle cette question, puisqu'il prévoit qu'à la fin de la peine, si l'état dangereux persiste, le placement peut être prolongé. Cet article institue aussi la libération prématurée de la mesure de sûreté, puisque la durée du placement, fixée pour

5 ans, à la fin de la peine, peut toujours être réduite. Il y aurait donc lieu de supprimer simplement la mesure de l'article 73 de l'énumération des mesures de sûreté suspendues par la libération de la peine.

*L'article 85* décide que les condamnés pourront être placés sous le contrôle d'un patronage après leur libération.

Mais l'organisation de l'assistance et de la surveillance psychiatrique des malades ou des infirmes mentaux libérés n'est pas prévue. Il s'agit là pourtant d'une institution très intéressante que la loi belge a organisé avec beaucoup de soin. Il suffirait d'ajouter à l'article 85 l'alinéa suivant : « Les sujets des articles 72 et 73, lorsqu'ils seront libérés, pourront être placés sous le patronage d'une institution assistée de médecins aliénistes. »

Addendum. — Pour compléter cette étude, il me paraît utile de répondre aux judicieuses critiques du projet de Code pénal que Desruelles a formulées à la dernière séance.

Il a quelque peu élargi le débat l'étendant au delà de la question des mesures de sûreté. Nous regrettons tous, avec lui, que les modifications des *articles 123 et 124*, proposées par notre Société, n'aient pas été acceptées. Les textes que nous avons adoptés pour les mesures de sûreté nous permettent de réparer, au moins partiellement, cet échec.

M. Desruelles signale la rédaction équivoque de *l'article 125* : « Est exempt de peine, celui qui a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». En réalité, il n'y a pas là de véritable équivoque. Depuis longtemps en effet, la jurisprudence de la Cour de Cassation a décidé que la force irrésistible doit être le résultat d'une pression extérieure. Elle a éliminé, par cette interprétation, toutes les forces intérieures, c'est-à-dire les passions, même pathologiques. L'article 64 confondait dans un même texte ces deux causes de non imputabilité : la démence et la contrainte extérieure. Le nouveau projet, pour éviter sans doute toute confusion, a placé ces deux causes dans des articles séparés. Il n'en est pas moins vrai que le qualificatif de force « extérieure » aurait éclairé la question. Nous ne devons pas nous plaindre de cette imprécision qui laisse la porte ouverte à d'autres interprétations toujours possibles de la jurisprudence.

Si nous revenons maintenant aux mesures de sûreté, nous nous trouvons en présence de quelques articles que Desruelles juge, avec raison, critiquables :

*L'art. 100* prévoit que si, « au cours de l'exécution d'une mesure de sûreté privative de liberté, le condamné encourt une

peine pour crime ou délit, l'exécution de la mesure de sûreté est suspendue et la nouvelle peine d'abord subie ». Cette disposition n'avait pas échappé à mon attention. Mais sa modification est superflue si le texte de l'art. 73, tel que nous l'avons adopté, est accepté. En effet, la peine et la mesure de sûreté, pour ces infirmes mentaux, s'exécuteront dans le même établissement, c'est-à-dire à l'annexe psychiatrique. Si, au cours de ce placement, le sujet commet un nouveau délit, la peine nouvelle encourue se fera toujours à l'annexe psychiatrique, ce qui ne modifie rien, mais augmente simplement le temps minimum de détention obligatoire.

*L'art. 79*, qui s'occupe des visites médicales des établissements de sûreté et du choix des médecins visiteurs, inquiète à juste titre Desruelles. L'exposé personnel que je viens de faire porte précisément sur cette question. Notre confrère désirerait que l'avis du médecin de l'asile de sûreté soit, en toutes circonstances, sollicité. Je lui ferai remarquer que, si les Commissions médico-judiciaires sont instituées, comme nous le demandons, cette question sera résolue, car le médecin traitant fera, de droit, partie de cette Commission. C'est du moins ce qui a lieu en Belgique.

*L'art. 96* appliquerait la prescription à toutes les mesures de sûreté. Une discrimination est évidemment nécessaire.

M. CEILLIER. — J'ai beaucoup regretté de n'avoir pu venir à la séance du 25 février car j'aurais été heureux de participer à la discussion et surtout de vous dire combien le terme *Annexe psychiatrique des Prisons* me paraît regrettable.

Peut-être n'est-il pas trop tard pour que vous puissiez changer ces quatre mots dans le vœu que vous avez émis. Je vous exposerai mes raisons dont quelques-unes sont accessoires (bien qu'importantes) et dont les autres me semblent décisives.

1° Le terme d'Annexe ne me paraît pas heureux pour désigner un établissement important, possédant une individualité très particulière. Notre idéal (que nous n'atteindrons certainement pas d'ici longtemps), serait Merxplas. Or, pourrait-on donner à Merxplas, avec ses dizaines d'hectares bâtis, sa vingtaine d'immenses ateliers, ses centaines d'hectares de grande et petite culture, le qualificatif d'Annexe ? Même beaucoup plus modeste que Merxplas, l'établissement prévu à l'article 73 ne saurait être qualifié d'Annexe.

2° Je n'insisterai pas sur la deuxième objection, car elle a déjà été présentée par MM. de Craëne et X. Abély, à savoir que

le terme Annexe Psychiatrique a un sens très précis en Belgique tout à fait différent de celui envisagé dans le vœu de la Société. Evidemment rien ne nous *oblige* à donner aux mots employés par les Belges, la même signification ; par contre, tout nous y *invite* : le respect pour l'œuvre belge et surtout les nécessités pratiques. Il serait lamentable que, chaque fois que nous parlerons des Annexes Psychiatriques, nous devrions ouvrir une parenthèse et dire : (au sens belge ou au sens français).

3° Cette parenthèse serait d'ailleurs incomplète car nous devrions dire et écrire (Annexe Psychiatrique au sens français avant le 25 février 1935 ou depuis le 25 février 1935). En effet, les mots Annexe Psychiatrique des Prisons ont eu, jusqu'au 25 février, un sens exclusif, parfaitement clair et précis. Ce terme sert à désigner une infirmerie où ne sont acceptés que des inculpés, des prévenus, pour faciliter le dépistage psychiatrique et permettre l'observation scientifique et continue des sujets à expertiser. Comme l'a dit devant la Chambre des Députés, puis devant la Société de Médecine Légale, un député, M. Blacque-Belair : « On ne saurait comprendre pourquoi la médecine cesse d'être scientifique dès qu'elle a pour mission de renseigner la justice », et ce député ajoutait : « Nous ne craignons pas de dire que c'est une question d'élémentaire *décence*. »

4° Ce terme a reçu l'estampille de plusieurs Congrès et Sociétés. Il a fait l'objet de vœux émis par le Congrès de Barcelone de 1929, par la Société de Médecine Légale, par la Société de Prophylaxie Criminelle. Ces vœux ont été remis aux autorités compétentes, gouvernementales, politiques, judiciaires, pénitentiaires. Ne pourrions-nous pas être taxés d'une certaine versatilité et même d'une certaine incohérence si nous proposons un nouveau vœu dans lequel des termes identiques ont un sens diamétralement différent ? Déjà, ces autorités ne sont pas toujours très bienveillantes à l'égard des médecins. Ne doutez pas qu'elles exploiteraient, à nos dépens, cette confusion dans les termes.

5° Ma cinquième objection me paraît encore plus importante et me semble même décisive. Le terme Annexe Psychiatrique a été l'objet de travaux parlementaires très poussés et même d'un vote *unanime* de la Chambre. Mais il me faut faire en quelques mots l'historique de ces travaux parlementaires.

Après un voyage d'études fait en Belgique, je suis revenu enthousiasmé de l'œuvre accomplie. J'en ai parlé à un de mes amis, député de la Seine, M. Blacque-Belair, et, avec lui, j'ai rédigé un projet de résolution dans lequel la question des Annexes Psychiatriques était très longuement développée. Nous



avons repris également dans ce projet de résolution des travaux antérieurs de M. Balthazard pour la création de *Laboratoires d'Anthropologie Criminelle*. Notre deuxième vœu (que vous lirez plus loin) n'est que la reproduction d'un vœu émis par la commission des Réformes Pénitentiaires et transmis au garde des sceaux (M. Pierre Laval) qui s'était montré disposé à assurer la réalisation des Laboratoires d'Anthropologie Criminelle. Malheureusement, le ministère est tombé et le successeur de M. Pierre Laval s'est désintéressé de la question.

Enfin, nous avons voulu ne pas négliger les enfants et sans nullement empiéter sur ce qui avait été déjà étudié et proposé par M. Louis Rollin avec l'aide de MM. Roubinovitch et Heuyer, nous avons adjoint à notre projet un chapitre concernant les enfants.

De plus, ce projet de loi est inspiré depuis le début jusqu'à la fin par le grand principe de l'individualisation de la peine.

Voici d'ailleurs les vœux et considérants de ce projet :

*Chapitre VII : VŒUX ET CONSIDÉRANTS.* — A. Considérant que les conditions matérielles de l'expertise psychiatrique sont telles qu'il est impossible :

- 1° De pratiquer un examen médical complet de l'inculpé ;
- 2° De le faire observer d'une façon suivie par un personnel compétent et dans un local approprié ;
- 3° De recourir à aucune analyse médicale et à aucun examen biologique ou de laboratoire,

Considérant qu'un grand nombre de névropathes et même d'aliénés échappent à tout examen médical et mental,

Considérant que ces lacunes sont incompatibles avec la recherche impartiale de la vérité et avec les nécessités d'une saine et bonne justice ;

B. Considérant que les criminels et les délinquants diffèrent entre eux par leur état physique, leur état mental, leur caractère, et qu'il est nécessaire, pour les bien connaître et pouvoir prendre à l'égard de chacun d'eux les mesures de sécurité et de relèvement au cours de la peine, de les étudier, de les classer par les méthodes médico-psychologiques ;

C. Considérant qu'un certain nombre de mineurs de 18 ans sont arrêtés pour des délits occasionnés par des circonstances indépendantes de leur volonté et qu'ils sont envoyés en prison préventive.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION. — La Chambre invite le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires afin que :

- 1° Soient créées dans les prisons préventives des annexes psychia-

triques où les détenus suspects de troubles mentaux pourraient être observés et étudiés ;

2° Les médecins de ces annexes soient chargés d'un service de dépistage de tares mentales chez les inculpés lors de leur incarcération ;

3° Soient créés dans les prisons des laboratoires d'anthropologie criminelle où seront constitués, par des psychiatres compétents, des dossiers anthropologiques de tous les individus condamnés ;

4° Soient patronnées et subventionnées par l'Etat des maisons d'observation pour enfants vagabonds, où seront recueillis et étudiés les mineurs dont l'intention délictueuse n'aura pas été suffisamment caractérisée.

Ce projet a été déposé à la Chambre des Députés à la 2<sup>e</sup> séance du 11 juillet 1930.

Il est venu ultérieurement en discussion et il a été adopté à l'unanimité. Plusieurs députés appartenant aux groupes les plus divers l'ont commenté et approuvé, en particulier l'abbé Bergey et le député communiste André Berthon.

Puis, suivant la filière habituelle, un rapporteur a été désigné : le Docteur Cauzole. Avec la collaboration technique de Schiff, un rapport volumineux de 115 pages, réalisant une remarquable mise au point des principales questions criminologiques, a été publié et a reçu, le 2 juillet 1931, l'approbation de la commission (commission de l'hygiène).

Il ne restait plus qu'à obtenir un vote définitif de la Chambre.

Malheureusement, la session parlementaire était à sa fin. Le Docteur Cauzole n'a pas été réélu et la crise économique rendait très difficile l'adoption d'un projet nécessitant des crédits, même modestes.

Mais, en même temps, M. Blacque-Belair et moi poursuivions notre effort du côté administratif, car une loi n'était pas indispensable pour créer une Annexe Psychiatrique (par contre, elle était nécessaire pour obtenir les Laboratoires d'Anthropologie Criminelle). J'ajoute que le projet de M. Blacque-Belair ne semble par avoir été étranger à la nomination, quelques mois plus tard, de la Commission de Réforme du Code Pénal. Et je rappelle ces paroles du Garde des Sceaux, à la première séance de cette commission : « Réviser nos codes dans le sens de *l'individualisation de la peine*..., voilà la méthode de travail qui, tout à l'heure, vous sera proposée. »

Malgré les démarches faites directement par MM. Claude, Blacque-Belair et moi, M. Matter, Président de la Commission de Réforme du Code Pénal, a refusé nos « offres de service ». Nous

aurions souhaité qu'un de nos maîtres, les Professeurs Balthazard ou Claude, fasse partie de la commission ou tout au moins d'une sous-commission chargée d'examiner certaines questions. Nous aurions voulu que des groupements professionnels tels que l'Académie de Médecine, la Société de Médecine légale, la Société Médico-psychologique soient consultés. Mais nous avons été écartés avec autant de rigueur que de courtoisie.

Donc, poursuivant notre but d'Annexes Psychiatriques et voulant en créer à Paris, nous avons obtenu de M. Léon Bérard, garde des Sceaux, de visiter la Santé, avec MM. Balthazard Claude, Blaque-Belair et moi.

Le ministre s'est montré fâcheusement surpris des conditions dans lesquelles nous pratiquions nos expertises. Ensemble, nous avons trouvé dans la Santé une place propice pour faire une Annexe. Des ordres précis ont été donnés et... tout arrive... exécutés, mais à contre-cœur et incomplètement.

Actuellement, le rez-de-chaussée de la 3<sup>e</sup> division comprend une vingtaine de cellules isolées des autres cellules du rez-de-chaussée par une cloison et une porte et des étages supérieurs par un grand plafond vitré. Les « guichets » ou « judas » des portes des cellules ont été agrandis pour faciliter l'observation des sujets (car on nous a refusé la salle commune...).

Si imparfaite qu'elle soit, cette Annexe Psychiatrique existe donc à la Santé et il faudrait peu de chose pour qu'elle fonctionnât.

Nous avons également pensé aux femmes, et le ministre Léon Bérard a donné des ordres pour que l'on profite du transfert des femmes de St-Lazare à la Roquette pour créer dans celle-ci une petite Annexe Psychiatrique modèle.

Ces ordres n'ont pas été exécutés, bien que l'architecte qui avait aménagé la Roquette ait demandé des instructions pour ces Annexes. La seule instruction, mais très formelle qu'il ait reçue (ainsi qu'il me l'a dit lui-même), a été « de ne rien faire ».

Je vous demande, Messieurs, si ce faisceau d'arguments, dont quelques-uns vous étaient peut-être inconnus, ne serait pas de nature à vous faire modifier dans votre vœu les mots Annexe Psychiatrique des Prisons.

Il y a autant de différence entre ces mots tels qu'on les a toujours entendus jusqu'à ce jour et tels que vous les entendez, qu'entre les mots inculpés et condamnés. Il ne peut résulter qu'une lamentable confusion, très préjudiciable au but que nous poursuivons et aussi à celui que j'ai poursuivi jusque tout près

de la réalisation. J'estime, pour ma part, que les Annexes Psychiatriques désignent quelque chose d'extrêmement précis et que ce terme est déjà consacré par les Belges et par les Français. Il a reçu l'estampille de plusieurs vœux de sociétés (cousines-germaines de la nôtre). Enfin et surtout, il a fait l'objet d'importants travaux parlementaires avec vœux unanimes de la Chambre et même une Annexe Psychiatrique a reçu un commencement d'exécution à la Santé.

La principale objection que vous pourriez me faire, c'est que votre vœu a été voté et transmis. Mais je ne crois pas que des Annexes Psychiatriques telles que vous les entendez soient construites avant beaucoup d'années et je crois qu'une rectification, même tardive, serait infiniment désirable.

Il ne me paraît pas difficile de trouver d'autres termes, tels que : Etablissement Médico-Pénitentiaire, Etablissement Médico-Pénitentiaire de Rééducation, Etablissement Psychiatrique pénitentiaire.

Je laisse à votre bonne volonté et à votre souci de clarté le soin d'apprécier et de vous prononcer.

M. Xavier ABÉLY. — Personnellement, j'estime, comme M. Ceillier, qu'il eût fallu adopter une autre expression qu'Annexe Psychiatrique. Mais la majorité a été d'un avis opposé, pour ne pas effaroucher les législateurs.

M. GUIRAUD. — Le terme « Annexe Psychiatrique » exprime bien le caractère essentiel de subordination à l'autorité pénitentiaire que doit avoir cet organisme. C'est pourquoi nous l'avons choisi.

M. Henri CLAUDE. — Nous avons déjà à la Santé, une ébauche de l'Annexe Psychiatrique pour permettre le contrôle mental des détenus. Ce serait créer une confusion de désigner par le même mot un organisme différent.

M. CEILLIER. — Je répète qu'en France même le mot Annexe Psychiatrique a déjà un sens précis consacré par certaines sociétés scientifiques.

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — Il est regrettable que M. Ceillier, absent, n'ait pu exposer ses arguments lorsque M. Xavier Abély exprima le même désir au cours de la discussion des articles 72 et 73, qui eut lieu à la séance du lundi 25 février 1935. Le texte voté à cette date par la Société a été transmis à M. le Secrétaire général et à M. le Rapporteur de la Société générale des Prisons et de la Législation Criminelle. La

discussion d'aujourd'hui leur sera également communiquée.

Il serait regrettable aussi que le Rapporteur de la Commission désignée par la Société médico-psychologique, aujourd'hui absent, ne pût répondre à M. Ceillier. Lors de la précédente discussion, j'avais tenté de proposer un texte donnant satisfaction à M. Xavier Abély, mais ce texte fut repoussé par la Commission.

La Société Médico-psychologique est-elle d'avis de renvoyer à la Commission précédemment désignée l'argumentation de M. Ceillier ? M. Ceillier pourrait être adjoint à la Commission, dont le rapporteur, après nouvel examen, présenterait les conclusions lors d'une prochaine séance. La Commission examinerait en même temps les questions connexes soulevées par M. Desruelles et par M. Xavier Abély.

Quelle que soit l'issue de ce débat, il est de mon devoir d'ajouter que, pour tout ce qui touche à la psychiatrie, la Société médico-psychologique, seule Société française groupant l'unanimité des psychiatres français, ne se sent liée, lorsqu'on lui demande son avis, par les propositions ou par les vœux d'aucune autre Société scientifique.

A la majorité des votants, la Société, consultée, décide le renvoi à la Commission des propositions de MM. Xavier Abély, Desruelles et Ceillier. Elle décide d'adjoindre M. Ceillier à la *Commission* qui est donc composée de MM. X. ABÉLY, H. BEAUDOUIN, CAPGRAS, A. CEILLIER, GOURIOU, GUIRAUD, HEUYER, LAUZIER, LÉVY-VALENSI et RAYNEAU. M. le Professeur DONNEDIEU DE VABRES et M<sup>e</sup> Clément CHARPENTIER ont bien voulu accepter d'assister la Commission au point de vue juridique.

La séance qui devait avoir lieu le lundi 22 avril 1935 (lundi de Pâques) ayant été supprimée, et la séance solennelle du lundi 27 mai 1935 ayant été réservée à la célébration du Centenaire de Magnan, M. G. HEUYER, *rapporteur*, présentera le rapport et les conclusions de la Commission à la séance du *lundi 24 juin 1935*.

### La critique de la loi de stérilisation du point de vue généalogique, par M<sup>me</sup> F. MINKOWSKA.

Il y a juste 15 ans, tout de suite après la guerre, nous faisons, mon mari et moi, notre première communication à la Société Médico-Psychologique (1). Nous y présentions les premiers résultats de notre enquête généalogique. Mais à ce moment, cette

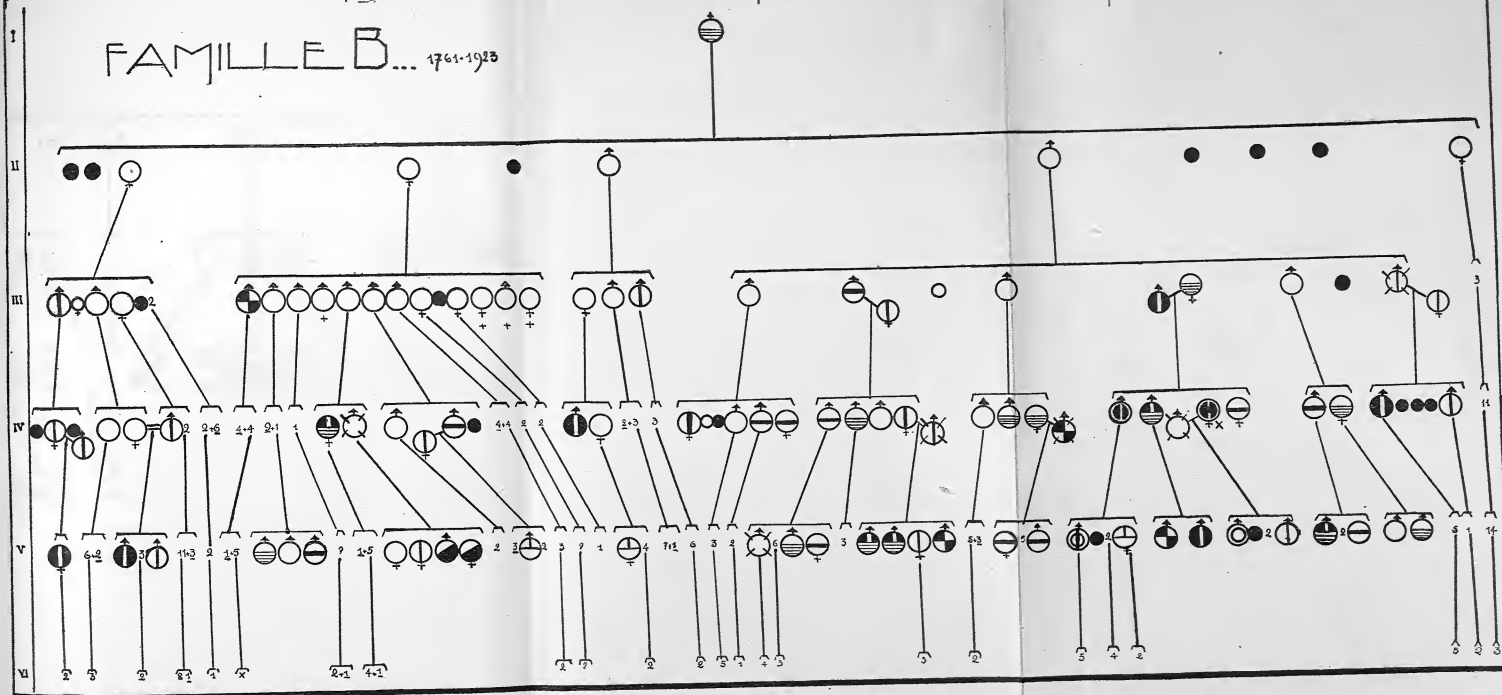
(1) F. MINKOWSKA et E. MINKOWSKI. — Famille B. et Famille F. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet-août 1920.

communication ne trouva que peu d'écho : nous, nous étions des nouveaux-venus à la Société et, d'autre part, les problèmes de l'hérédité n'étaient pas à l'ordre du jour. Ce problème qui avait tant préoccupé, au XIX<sup>e</sup> siècle, les maîtres de la psychiatrie française, ne se frayait, abandonné depuis, que péniblement à nouveau son chemin, en connexion surtout avec l'étude des constitutions psychopathiques. Au cours de cette dernière année, l'application pratique des données sur l'hérédité, qui trouva son expression extrême dans la loi de stérilisation des aliénés promulguée en Allemagne, donna à la discussion un caractère aigu ; des nombreux articles, aussi bien dans la presse médicale que non-médicale, en traitèrent. Ce regain d'intérêt pour l'hérédité en psychiatrie aurait dû me remplir d'aise ; il l'aurait fait certainement si, par ailleurs, je ne me trouvais pas en désaccord complet avec l'application qui en était faite et en présence de laquelle il m'est difficile de réprimer un mouvement de protestation et de ne pas prendre position. Cette position a, du reste, cela de particulier que, tout en étant partisan de l'hérédité en psychiatrie, je suis une adversaire déclarée de la loi de stérilisation, cette attitude découlant directement de mes recherches généalogiques.

Les critiques formulées par ailleurs contre cette loi avaient surtout un caractère moral, social, religieux et déontologique. La communication faite par M. Ruedin lui-même à la dernière réunion de la Société Suisse de Psychiatrie, à laquelle assistait également notre Secrétaire général, a donné lieu à une vive discussion. Une réplique vigoureuse de M. Minkowski de Zurich sembla recueillir l'approbation d'une grande majorité des psychiatres présents. A ses conclusions, qui ont été publiées depuis et auxquelles je m'associe entièrement, je voudrais ajouter aujourd'hui quelques arguments d'ordre généalogique. Mes recherches se trouvant sur le même plan et basées sur la même technique que celles de M. Ruedin et de ses collaborateurs, je tire cependant d'elles des indications pratiques d'un caractère différent. C'est pour cette raison qu'il m'a paru justifié de revenir aujourd'hui sur un sujet traité déjà à plusieurs reprises ici. Je m'abstiendrai du reste sciemment de parler ici de lois qui régiraient l'hérédité dans la schizophrénie et dans l'épilepsie, estimant que les données recueillies sur le matériel humain, en regard de la complexité du problème, sont loin encore de pouvoir être exprimées par des lois rigides et inébranlables sous une forme mathématique. Cela n'exclut évidemment pas que certains faits se répètent avec quelque régularité, et c'est sur eux que je voudrais insister aujourd'hui, en les extrayant de l'ensemble de mes

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ sexe masculin.</li> <li>○ sexe féminin</li> <li>○ " inconnu</li> <li>○ mort en bas âge</li> <li>+ (au dessous des cercles) stérilité</li> <li>- ( " " chiffres) mort en bas âge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● schizophrénie</li> <li>⊕ autres psychoses</li> <li>⊖ épilepsie</li> <li>⊙ psych. associée (cyclothymie + schizophr.)</li> <li>⊙ " " (schizophr. + épilepsie)</li> </ul>	<p>LEGENDE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ suicide</li> <li>⊖ arriération mentale</li> <li>⊙ alcoolisme</li> <li>⊙ schizoidie</li> <li>⊙ cycloïdie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊖ épileptoidie</li> <li>⊙ schizoidie + cycloïdie</li> <li>⊙ schizoidie + épileptoidie</li> <li>⊙ tuberculose</li> </ul>
---	--	--	--

# FAMILLE B... 1761-1923



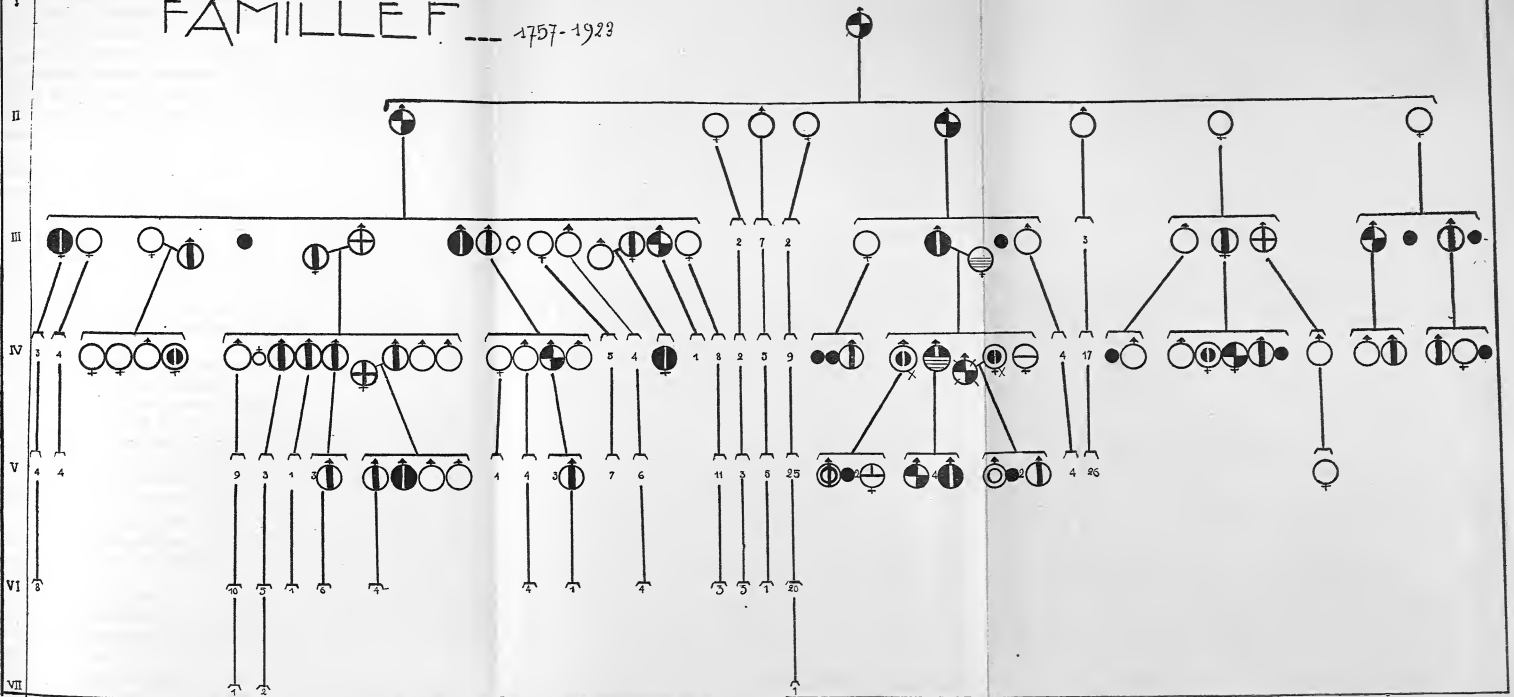
♂ sexe masculin.  
 ♀ sexe féminin  
 " " inconnu.  
 ● mort en bas âge  
 + (au dessous des cercles) stérilité  
 - " " chiffres mort en bas âge

① schizophrénie  
 ② autres psychoses  
 ③ épilepsie  
 ④ psych. associée (cyclothymie + schizophr.)  
 ⑤ " " (schizophr. + épilepsie)

⊕ suicide.  
 ● arriération mentale.  
 ⊗ alcoolisme  
 ⊖ schizoidie.  
 ⊙ cycloidie

⊖ épileptoidie  
 ⊕ schizoidie + cycloidie  
 ⊕ schizoidie + épileptoidie  
 ⊗ tuberculose

# FAMILLE F --- 1757-1929





très longues recherches et en les résumant aussi brièvement que possible.

Dans la famille F..., nous avons sur 378 individus (les conjoints exclus), 20 malades. Ces 20 malades se répartissent comme suit :

- 1° 7 cas de schizophrénie typique ;
- 2° 4 cas de psychoses associées ;
- 3° un groupe de 7 cas dans lequel le diagnostic n'a pas pu être précisé, en raison de l'insuffisance des renseignements ;
- 4° 2 cas de suicide.

Ces 20 cas sont ou des schizophrénies typiques ou représentent des tableaux cliniques complexes dans lesquels se manifeste toutefois la présence d'un facteur nettement schizophrénique, entre autres, sous forme de psychoses associées dans lesquelles des éléments schizophréniques s'unissent à des éléments cyclothymiques.

Parmi les caractères anormaux, nous y trouvons en première ligne des schizoïdes.

Il existe ainsi une prédominance nette du facteur schizoïde dans la famille F.

Dans la famille B..., comprenant la descendance d'un épileptique, nous trouvons, sur un total de 328 individus (les conjoints exclus), 25 malades. Ceux-ci se répartissent comme suit :

- 1° 8 cas d'épilepsie, dans toutes ses variétés, allant des formes uniquement convulsives jusqu'aux formes caractérisées par des troubles mentaux ;
- 2° 2 cas d'idiotie, survenue chez un frère et une sœur, compliquée de surdi-mutité congénitale ;
- 3° 5 cas de schizophrénie typique, forme démence précoce, apparaissant surtout là où la famille B... s'allie à des familles dans lesquelles prévaut le caractère schizoïde ;
- 4° 6 cas de psychoses associées (schizophrénie + épilepsie) ;
- 5° Enfin, 4 cas où nous nous abstenons d'un diagnostic précis, à défaut de renseignements suffisants.

Nous avons donc, dans la famille B..., une prédominance du facteur épileptoïde qui se retrouve également dans les psychoses associées et dans les éléments constitutionnels (constitution épileptoïde).

Après avoir constaté la présence du facteur héréditaire dans les deux familles F... et B..., passons à l'analyse de la transmission héréditaire dans la schizophrénie et dans l'épilepsie, en envisageant surtout les conclusions pratiques.

En ce qui concerne les parents des malades, voilà les faits :

Dans la famille F..., dans 3 cas, les deux parents sont malades (il s'agit d'une série de frères et sœurs dont le père était un schizophrène et la mère était une épileptique). Dans 10 cas, un des parents est malade, enfin dans 7 cas, les deux parents sont apparemment sains d'esprit.

Dans la famille B..., dans 3 cas, les deux parents sont malades (c'est du reste la même série de frères et sœurs dont nous parlions plus haut et qui s'apparentent par le père à la famille F... et par la mère à la famille B...). Dans 3 cas, un des parents est malade, et dans 19 cas, les 2 parents sont sains d'esprit (voir les tableaux).

Examinons maintenant de plus près les cas où les deux parents sont sains d'esprit.

Commençons par la famille F... :

Sur les 7 cas, 4 se répartissent sur 2 branches de la famille F..., caractérisées toutes les deux par ce fait que les deux filles cadettes de l'ancêtre F... épousent deux frères B..., et bien qu'il me fût impossible de démontrer la parenté de ces deux frères B... avec la famille B..., étudiée par ailleurs, cette parenté me paraît presque certaine, étant donné que tous ces B... viennent du même village. Ainsi, les alliances F... et B... seraient particulièrement défavorables pour la descendance, là même où les deux époux paraissent sains d'esprit. De plus, 2 de ces 4 cas concernent 2 sœurs dont la mère était une F... et avait un caractère schizoïde, et le père appartenait à une famille avec une hérédité schizophrénique.

Les 3 cas restants appartiennent tous à la branche du fils aîné de l'ancêtre F... Dans un cas, le père était un alcoolique, la mère une schizoïde, et de plus, ils étaient cousins issus de germains. Dans le 2<sup>e</sup> cas (un hétérophrène), le père, un F..., était un schizoïde. Enfin, dans le 3<sup>e</sup> cas (schizophrénie à évolution démentielle), la mère, une F..., était une schizoïde, et le père, sain d'esprit, appartenait à une famille avec de nombreux cas de schizophrénie grave.

En résumé, dans les 7 cas, nous constatons ou des parents schizoïdes ou des cas de schizophrénie dans les lignes collatérales.

De cette façon, s'affirme *l'hérédité similaire et convergente*. Les parents sains d'esprit parlent en faveur du mode récessif de l'hérédité.

Passons maintenant aux 19 cas de la famille B... avec des

parents sains d'esprit. Parmi eux, nous avons 4 cas de schizophrénie et 4 cas de psychoses associées (schizophrénie + épilepsie).

Dans ces 8 cas, une analyse plus détaillée nous révèle, dans l'ensemble, les mêmes relations que celles que nous venons de mettre en évidence pour les cas de schizophrénie dans la famille F... Nous renonçons à les examiner tous ; signalons cependant en passant le cas de trois frères malades dont la mère, une B..., était une schizoïde, et le père, un débile alcoolique et instable, appartenant à une famille particulièrement tarée, et deux cas de consanguinité. Au sujet de ce dernier point, il est intéressant de rappeler les conclusions des récentes Assises de la Médecine générale qui ont eu pour sujet principal le problème de la consanguinité, et au cours desquelles on a particulièrement insisté sur ce fait que la consanguinité nuit uniquement là où elle représente l'hérédité morbide renforcée.

En dehors des psychoses au diagnostic indéterminé et de 2 cas d'idiotie, restent 7 cas d'épilepsie avec des parents sains d'esprit. Or, pour ces 7 cas, en étudiant les lignes collatérales des deux parents, nous ne trouvons pas, contrairement à ce qui était démontré pour la schizophrénie, d'indications pour l'existence d'une hérédité similaire et convergente. Nous ne trouvons pas non plus chez les parents, avec la même régularité, la constitution épileptoïde, comme cela était le cas pour la constitution schizoïde. Il est vrai que la constitution épileptoïde, là surtout où elle se manifeste uniquement par la viscosité, à défaut de manifestations explosives, se signale bien moins à l'attention de l'entourage que la schizoïdie, mais en tous cas, une analogie ne saurait être établie entre la transmission héréditaire de la schizophrénie et de l'épilepsie, ne fût-ce que sous forme de récessivité ; de sorte que, bien que le rôle du facteur héréditaire dans la pathogénie des cas d'épilepsie de la famille B... ne saurait être mis en doute, le mode de cette hérédité, compliquée dans ses manifestations par la mortalité des enfants en bas-âge et la stérilité des ménages, nous échappe encore presque entièrement. L'alcoolisme des parents ne semble jouer qu'un rôle secondaire ; nous le trouvons seulement dans 3 cas sur 8.

La mortalité des enfants en bas-âge mérite encore quelques mots d'explication. Elle semble constituer un des facteurs importants d'ordre dégénératif dans le domaine de l'épilepsie. Si on n'en tient pas compte, on risque de passer à côté du facteur héréditaire dans la pathogénie de cette affection, comme nous le signalions du reste déjà dès notre première communication. Ainsi, dans la famille B..., les cas pathologiques se concentrent

surtout dans 2 branches. Dans l'une d'elles, il y a 5 malades dont 1 cas d'épilepsie. Dans l'autre, il y a 17 malades, dont 7 cas d'épilepsie et 4 de psychoses associées (épilepsie + schizophrénie). Ainsi, au premier abord, cette seconde branche paraît bien plus tarée que la première, tant au point de vue général qu'au point de vue de la fréquence de l'épilepsie. Pourtant, les choses changent entièrement d'aspect si on tient compte de la mortalité en bas-âge. Cette mortalité se reflète au cours des générations, dans la première des deux branches, d'une façon surprenante et atteint une intensité alarmante, à savoir 30 p. 100 des naissances, de sorte que cette branche, la fréquence des ménages stériles aidant, est en décroissance et apparaît, en fin de compte, bien plus touchée que la seconde, dans laquelle la mortalité en bas-âge, qui n'atteint que 5 p. 100, est loin de causer des ravages semblables. Cette mortalité se manifeste du reste dès la seconde génération de notre arbre généalogique, dans laquelle, sur les 11 enfants de l'ancêtre B... atteint d'épilepsie, 6 meurent en bas-âge. Comme nous ne trouvons rien de semblable dans la famille F... ni dans les autres branches de la famille B..., dans lesquelles il n'existe pas d'épilepsie, il nous paraît justifié de considérer cette mortalité comme un des modes, et non le moins grave, dans la transmission héréditaire de l'épilepsie. Il pourrait en être dit autant de la stérilité.

En revenant à la famille F..., je signale encore en passant un problème d'actualité, à savoir les rapports entre la schizophrénie et la tuberculose. J'ai pu constater, non la co-existence de ces deux maladies chez les mêmes individus, mais ce fait *que là où la schizophrénie et la schizoïdie apparaissent avec fréquence, la tuberculose atteint les proches branches collatérales qui, elles-mêmes, sont épargnées par le facteur schizoïde*. Des constatations semblables ont pu être faites dans les branches de la famille B... dans lesquelles prédomine la schizophrénie.

Après avoir insisté ainsi dans nos deux familles sur le rôle du facteur héréditaire dans l'étiologie de la schizophrénie et de l'épilepsie et après avoir esquissé brièvement les différentes formes sous lesquelles il se manifeste, revenons au problème de la stérilisation. Dès notre première communication en 1920, nous disions que c'était une erreur que d'aborder l'étude de l'hérédité uniquement sous l'angle de la dégénérescence progressive. Ici, comme partout ailleurs dans la nature, interviennent des facteurs de régénérescence et de rénovation qui modifient sensiblement la marche des choses, et l'appréciation unilatérale ne peut que nous faire faire fausse route et aboutir à des conclusions qui

vont à l'encontre des intérêts mêmes de l'espèce humaine. Ce qui compte, ce n'est pas tel ou tel autre chiffre des malades, pour élevé qu'il soit, mais ce chiffre en fonction de toute la descendance et de la marche de toute une famille qui témoignent de la vitalité de celle-ci. Dans la famille F..., sur le nombre total de 378 descendants, nous avons 20 malades. Mais ce qu'il importe de souligner encore, c'est que 4 branches sur 8 restent, au cours de 5 générations successives, entièrement épargnées par la maladie et ne comportent aucun malade. Sur les 4 autres branches deux, dont nous avons parlé plus haut et qui sont issues de l'union de deux sœurs F... avec deux frères B..., sont en voie de disparition, sorte de stérilisation naturelle qui s'opère d'elle-même. Une troisième, (celle du fils aîné de l'ancêtre F...) est particulièrement nombreuse, constitue non loin de la moitié de la descendance totale de l'ancêtre F... et se signale par une diminution constante allant jusqu'à la disparition complète des cas de psychoses dans les générations successives. Enfin, la branche de nos sujets d'épreuve est sujette encore à des oscillations, mais là encore ressort avant tout le rôle du *conjoint* qui fait monter ou descendre la balance. A ce point de vue, cette branche est particulièrement instructive en nous montrant toutes les combinaisons possibles. Nous avons là un ménage de deux malades (d'un schizophrène tardif et d'une épileptique). Sur 4 enfants, trois sont malades, dont un n'a présenté qu'un accès de plusieurs mois et est resté indemne par la suite, tandis que les deux autres ont fait de nombreux séjours à l'asile. Or, contrairement à toute attente, les enfants de ces deux malades, âgés maintenant de 25-40 ans, bien que présentant quelques particularités de caractère, sont restés jusqu'à présent indemnes, tandis qu'au contraire, dans la descendance du père qui n'a fait qu'un court accès, nous avons deux fils malades. Cela s'explique par le fait que ce père a épousé une femme parfaitement saine d'esprit elle-même, il est vrai, mais appartenant à une famille avec une hérédité schizophrénique chargée ; les conjoints de deux autres par contre n'avaient pas d'hérédité psychosique.

Le manque de temps nous empêche d'analyser en détail la famille B... Nous nous bornerons à dire que, là également, ce qui compte au point de vue de la dégénérescence, ce n'est pas tant le fait que les ascendants directs ont été malades, oui ou non, que *l'accumulation des cas de psychoses dans les lignes collatérales des deux conjoints*. C'est le cas de 3 frères malades sur 4 enfants dans la famille B..., où les deux parents étaient apparemment sains d'esprit, mais répondaient tous les deux aux conditions que nous venions de mentionner.

Pour illustrer mes résultats, je joins encore les deux tableaux récapitulatifs suivants :

DESCENDANCE TOTALE DU MALADE F.  
(1757-1923)

378 individus

DESCENDANCE TOTALE DU MALADE B.  
(1761-1923)

328 individus

358 sains d'esprit, 20 malades.

303 sains d'esprit, 25 malades.

Sur ces 20 individus malades il y a :

Sur ces 25 individus malades il y a :

9 qui n'ont pas d'enfants.

13 qui n'ont pas d'enfants.

7 ayant des enfants sains d'esprit.

9 ayant des enfants sains d'esprit.

4 ayant 30 enfants, dont 21 sont sains d'esprit et 9 sont malades.

3 ayant 12 enfants, dont 6 sont sains d'esprit et 6 sont malades.

7 sur les 20 malades ont des parents sains.

18 sur les 25 malades ont des parents sains.

13 sur les 20 malades ont des parents malades.

7 sur les 25 malades ont des parents malades.

3 de ces 13 ont les deux parents malades.

3 de ces 7 ont les deux parents malades.

En résumé, je crois pouvoir dire que le mode de l'hérédité dans l'épilepsie, là où il intervient, nous échappe encore en grande partie ; quant à la schizophrénie qui était mieux étudiée du point de vue héréditaire, on peut dire, avec une certaine approximation, qu'elle suit le mode récessif. Par conséquent, comme nous l'avons vu, tout le problème de la prophylaxie se déplace : *ce qui compte ce n'est pas la maladie manifeste de l'un des ascendants, mais une hérédité convergente et surtout similaire pouvant être apportée par des conjoints apparemment indemnes.*

Ainsi, abstraction faite de tous les arguments d'ordre affectif, moral et déontologique, auxquels nous ne saurions renoncer dans notre vie professionnelle, la loi de stérilisation des malades dans le domaine de la schizophrénie se montre insuffisante. Les promoteurs de la loi de stérilisation le reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes, mais ils espèrent parer à cet inconvénient en étendant encore avec le temps leur loi, lorsque le public sera mieux renseigné et les recherches généalogiques plus avancées (1). Mais il faut bien le dire, la loi actuelle par le

(1) GÜTT-RÜDIN-RUTTHE. — *Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*. München, 1934.

facteur d'obligation qu'elle apporte et par l'atmosphère de méfiance et de suspicion qu'elle crée, sape à la base les recherches généalogiques puisque, comme cela a été constaté déjà en Allemagne, les malades et les familles dissimulent les antécédents héréditaires, attitude toute naturelle dans ces conditions. Il est mis d'emblée ainsi un terme à la *collaboration du public et du médecin*.

C'est pourquoi une autre voie s'impose à nous ; plus d'accord avec les faits, elle est aussi plus en harmonie avec notre mentalité et notre activité médicales, car il ne faut pas oublier que la base même de cette activité a été depuis tout temps et restera toujours le contact direct entre malade et médecin. Or, comme nous le disions, ce qui compte, c'est d'empêcher le mariage entre individus appartenant à des familles à hérédité schizophrénique. Ce but peut être poursuivi par une activité éducatrice et prophylactique appropriée qui, sans avoir recours à des mesures de rigueur, nous permettra de poursuivre les recherches généalogiques qui éclaireront avec le temps tant au point de vue théorique que pratique toutes les questions encore pendantes, et elles sont, au fond, légion.

M. Henri BARUK. — On ne saurait trop souligner l'importance de la communication si approfondie de Mme Minkowska. Elle met en lumière les processus naturels de défense contre l'hérédité morbide, la régénération spontanée, ou l'extinction de certaines familles touchées par des tares héréditaires. Ces faits montrent qu'il faut savoir respecter la nature, et mettent en évidence le danger que peuvent présenter des applications sociales impératives fondés sur des données d'apparence scientifique, mais en réalité incomplètes, et imposées, non seulement à l'encontre de recherches scientifiques mieux conduites, mais encore contre les règles du bon sens et contre les données morales et humaines qu'aucun médecin n'a le droit de négliger.

M. G. D'HEUCQUEVILLE. — Si la castration eugénique est en effet condamnable, la castration thérapeutique que j'ai déjà préconisée ailleurs qu'ici, notamment à la Société de médecine légale, est très opportune. Chez la femme, la tuberculose et les cardiopathies peuvent rendre la grossesse si dangereuse que la castration est préférable à l'avortement. Il en est de même de l'érotisme par l'excès et la nature des conceptions qu'il peut produire. Chez l'homme, j'estime également que la castration est le meilleur moyen à opposer contre l'érotisme fécondant des ivrognes.

M. Henri BARUK. — La stérilisation thérapeutique que vient de proposer M. d'Heucqueville chez certaines malades atteintes de cardiopathies, ou de tuberculose, dans le but de leur éviter une grossesse, me paraît des plus discutables. Est-on en droit de prendre une mesure de ce genre en présence d'une maladie dont on ne saurait fixer le pronostic d'une façon certaine ? D'autre part, le principe même de la stérilisation obligatoire me paraît extrêmement dangereux. Une fois ce principe admis, on risque de le voir s'étendre démesurément à des cas de plus en plus nombreux. Encore une fois j'estime que, dans ce domaine, le médecin ne saurait sacrifier les principes moraux et les devoirs de respect humain à des théories pseudo-scientifiques incertaines et sujettes à révision.

M. E. MINKOWSKI. — On peut cependant opposer la castration légale, au concept de la castration médicale. Dans la castration légale, l'opération est obligatoire. La décision n'est pas prise par le médecin. Il n'est qu'un agent d'exécution, et il est contraint à violer le secret professionnel. Cette pratique est radicalement inadmissible.

On peut, au contraire, demander pour le médecin le droit de pratiquer la castration quand des raisons médicales lui paraissent l'indiquer et quand il est d'accord avec le malade et sa famille. Dans ce cas, la loi n'imposerait rien au médecin, mais elle lui donnerait l'autorisation d'agir.

M. GOURIOU. — Les faits exposés par Mme Minkowska nous montrent la fragilité de nos entités cliniques, puisqu'elles ne sont pas fixées par l'hérédité. Les psychoses sont des réactions individuelles à des processus organiques. Et l'éducation reçue par le sujet a son influence sur cette réaction. La pratique de la stérilisation eugénique part d'un principe théorique qui aurait une application plus complète dans l'usage de la guillotine. La mort du sujet assurerait la suppression de sa descendance d'une façon plus certaine que sa castration. Ce ne sont pas les médecins qui peuvent faire de la prophylaxie sur leurs clients, car il est trop tard. Les réactions individuelles aux processus morbides sont depuis longtemps accomplies. Ce sont les législateurs qui peuvent faire de la prophylaxie en imposant l'hygiène, en luttant contre le taudis et l'alcoolisme. Je signale que les Américains ont peut-être trouvé la bonne formule. Ils prétendent obtenir chez la femme des stérilisations temporaires de 6 mois et 1 an par des injections de semence de bélier. L'internement équivaut à une stérilisation temporaire.



Résultats de la chrysothérapie prolongée chez les déments précoces, anciens, par MM. HYVERT, STOERR, G. et M. COHN.

Dans une communication antérieure, nous avons présenté les résultats que nous avons obtenus par l'application de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce d'apparition récente.

Nous avons signalé que chez ces malades, où le début de l'affection pouvait être fixé à quelques mois avant la mise en route du traitement, les sels d'or employés pendant un temps assez long et à des doses totales assez importantes, semblaient avoir donné des rémissions complètes dans une proportion (80 0/0) qu'aucune thérapeutique n'avait jusqu'alors fournie.

Nous allons aujourd'hui présenter les résultats obtenus chez les malades anciens et, comme nous le verrons, ils sont infiniment moins satisfaisants.

Cette division en malades récents et anciens n'a pas été arbitrairement fixée antérieurement à toute action, mais elle s'est imposée lors de l'examen des résultats.

Le groupe initial des déments précoces traités par les sels d'or comportait des malades récents, des malades anciens, des malades indemnes de toute localisation pulmonaire, des malades présentant des lésions pulmonaires, etc...

Béaucoup plus tard, on s'aperçut que presque toutes les rémissions complètes s'étaient produites chez les malades où l'on pouvait faire remonter le début de l'état morbide à quelques mois environ. Ce sont eux qui ont fait l'objet de notre première communication.

Les malades que nous présentons actuellement ont été comme les premiers l'objet d'un choix extrêmement sévère.

En l'absence de tout test biologique de la démence précoce, n'ont été considérés comme tels que ceux chez qui le diagnostic clinique s'imposait.

Les sels d'or ont été les mêmes et leur emploi s'est fait aux mêmes doses.

Toutefois, nous avons ajouté à notre liste l'hyposulfite d'or que nous préparons nous-mêmes suivant la technique indiquée par Vignati, Hradistes, P. Kalah (*Presse médicale*, 7 février 1934) : l'or-devenan.

Ce sel d'or a été admirablement supporté par tous nos malades. Même à des doses très fortes (0 gr. 60 d'or par semaine), il n'a jamais donné aucun incident.

Afin de pouvoir établir les éléments de comparaison, d'ailleurs incertains, nous indiquons, en or, la dose totale injectée :

1° Crisalbine, habituellement 0,05 et 0,10 (intraveineux) ; quelques malades ont eu des doses fortes jusqu'à 0 gr. 50, 37 0/0 d'or.

2° Myochrysine, 0,05 et 0,10 (intramusculaire), 50 0/0 d'or.

3° Myoral intramusculaire, 1 et 2 cmc., 64 0/0 d'or.

4° Allochrysine intramusculaire, 0,05.

5° Or-devenant intraveineux, de 2 à 20 cmc., 1 cgr. d'or par centimètre cube.

Les incidents ont été peu graves : albuminurie légère, ictère fugace.

Ainsi que nous le disions plus haut, les résultats ont été tout à fait différents de ceux que nous avons observés chez les malades récents :

10 malades sur 18 (55 0/0) ont bénéficié du traitement ;

6 n'ont subi aucune amélioration dans leur état mental ;

2 sont morts de tuberculose pulmonaire sans avoir présenté des modifications de leur état mental.

Les améliorations se décomposent ainsi :

1° Améliorations légères, n'ayant modifié la présentation du malade que dans une petite mesure :

5 malades (27 0/0) : 2 femmes et 3 hommes ; seule une des femmes a présenté des lésions tuberculeuses.

2° Améliorations importantes, modifiant complètement la présentation du malade :

3 malades : 2 femmes et 1 homme (16 0/0).

Une des femmes a présenté de graves lésions de tuberculose pulmonaire.

3° Rémissions complètes et durables :

2 malades femmes (11 0/0).

Toutes les deux ont eu des localisations pulmonaires importantes.

Voici le résumé des observations :

Obs. I. — N... Jeanne, 20 ans, entrée le 27 novembre 1930.

*Schéma clinique.* — Délire paranoïde fruste, hostilité, inaffectivité, inactivité, impulsivité, rires immotivés, maniérisme, refus transitoire d'alimentation, négativisme. Le traitement est institué en novembre 1933, après une hémoptysie, amaigrissement, fièvre. Examen impossible en raison du négativisme. Bacilles dans les crachats.

*Traitement.* — 1° Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15, 0,20. Dose totale : 8 gr. 70 en un an. 2° Myoral : 52 cmc. en 8 mois, 5 gr. 20. Dose totale d'or : 6 gr. 54.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — 1° Au point de vue mental : aucun changement. 2° Au point de vue physique : amélioration assez marquée, mais de nouvelles poussées évolutives surviennent et la malade meurt le 31 mai 1934.

OBS. II. — B... Adrien, 26 ans, entré le 27 octobre 1930.

*Schéma clinique.* — Début par un état confusionnel suivi rapidement d'un état catatonique avec désorientation, indifférence, gâtisme, refus d'alimentation. Soigné pour tuberculose ulcéro-caséuse avec infiltration étendue des deux poumons. Température à grandes oscillations, amaigrissement rapide.

*Traitement.* — Début en août 1933. Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15, 0,20, 0,25, 0,30, 0,35. Dose totale : 6 gr. 90 en un an. Dose totale d'or : 2 gr. 55.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — 1° Au point de vue physique, amélioration transitoire suivie d'une aggravation de l'état général. Cachexie et mort le 24 juin 1934. 2° Au point de vue mental aucun changement.

OBS. III. — M... Henriette, 33 ans, entrée le 29 janvier 1932 après un séjour de plusieurs années en maison de santé.

*Schéma clinique.* — Inertie, désintérêt, indifférence, mutisme absolu, négativisme, agitation catatonique fugace. Refus d'aliment par intervalles. Gâtisme transitoire.

*Traitement.* — Début le 25 novembre 1933. 1° Crisalbine : 0,20. 2° Myoral : 54 cmc., soit 5 gr. 40 en 10 mois. Dose totale d'or : 3 gr. 50.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — 1° Au point de vue mental : amélioration pratiquement nulle. Cependant on note la disparition du refus d'aliments, du négativisme, du gâtisme et de l'agitation. 2° Au point de vue physique : apparition de symptômes d'imprégnation bacillaire (température désarticulée, amaigrissement), sans signes pulmonaires, plusieurs mois après le début du traitement. Ces symptômes ont actuellement régressé.

OBS. IV. — G... Marcelle, 30 ans, entrée le 7 mai 1931.

*Schéma clinique.* — Désintégration profonde de la personnalité, puis syndrome catatonique, avec négativisme, opposition, refus d'aliment, stéréotypies d'attitudes et persévération. Alimentée à la sonde depuis 2 ans.

*Traitement.* — Début en mars 1933. 1° Crisalbine : 0,05 à 0,25, 4 gr. en 7 mois, puis arrêt de 6 mois. 2° Myochrysine : 0,05 et 0,10, 1 gr. 35. 3° Myoral : 17 cmc., soit 1 gr. 70 en 2 mois ; entre temps insuline et huile camphrée. Dose totale d'or : 3 gr. 23.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Aucun changement dans l'état mental.

OBS. V. — M... Georges, 24 ans, entré le 6 juillet 1931.

*Schéma clinique.* — Au début, délire paranoïde léger avec sentiment d'étrangeté, préoccupations métaphysiques, indifférence, ambivalence, troubles marqués de l'affectivité. Par la suite, après une amélioration transitoire, cet état s'aggrave et se présente sous forme d'agitation catatonique, avec symptômes de désintégration profonde de la personnalité.

*Traitement.* — Début en août 1933. Crisalbine : 0,05 et 0,10. Dose totale : 7 gr. en 16 mois. Dose totale d'or : 2 gr. 60.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Disparition de l'agitation catatonique, mais persistance de troubles très marqués, indifférence profonde, inactivité, apathie, incurie, propos incohérents.

OBS. VI. — C... Germain, 21 ans, entré le 7 septembre 1930.

*Schéma clinique.* — Absence habituelle de contact avec le monde extérieur. Immobilité, apathie, incurie. Discordance, rires immotivés, impulsivité.

*Traitement.* — Début en mars 1933. 1° Crisalbine : 0,05, 0,10 et 0,15. Total : 3 gr. 70. 2° Or-devenan : 404 cmc. en 6 mois à des doses variant de 2 cmc. à 20 cmc. Dose totale : 8 gr. 06 de chlorure d'or. Dose totale d'or : 5 gr. 39.

*Incidents.* — Albuminurie transitoire pendant le traitement à la crisalbine.

*Evolution.* — Aucune amélioration au point de vue mental.

OBS. VII. — F... Madeleine, 28 ans, entrée le 7 septembre 1930.

*Schéma clinique.* — Début par état confusionnel suivi d'un état dépressif avec semi-mutisme. Puis apparition d'un délire paranoïde avec nombreux éléments discordants, indifférence, inactivité, rires immotivés. Malade soignée en juillet 1933, en raison de la constatation de signes de tuberculose pulmonaire droite et lésions fibro-caséuses disséminées, fièvre à grandes oscillations, amaigrissement.

*Traitement.* — Début en juillet 1933. 1° Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15 et 0,20. Dose totale : 4 gr. 60 en 4 mois. 2° Myoral : 101 cmc., soit 10 gr. 10 en 8 mois. Dose totale d'or : 8 gr. 74.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — 1° Au point de vue physique : amélioration progressive marquée par la diminution de la fièvre, la reprise de poids et la limitation des lésions. Depuis quelques jours, aggravation brusque et apparition de diarrhée, mauvais état général. 2° Au point de vue mental : aucune amélioration.

OBS. VIII. — L... Robert, 26 ans, entré le 29 mai 1932, plus d'un an après le début apparent de l'état morbide.

*Schéma clinique.* — Primitivement état dépressif avec discordance affective, bizarreries, rires immotivés. Secondairement : bouffées confusionnelles avec agitation, laissant apparaître dans l'intervalle un délire paranoïde.

*Traitement.* — Début le 28 novembre 1932. Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15. 1<sup>re</sup> série : 1 gr. 40 en 3 mois. 2<sup>e</sup> série : 6 gr. 80 en 11 mois. Dose totale : 8 gr. 20. Dose totale d'or : 3 gr. 03.

*Incidents.* — Albuminurie légère après la première série (avec les doses de 0 gr. 15).

*Evolution.* — Après le traitement, amélioration légère consistant en disparition du délire et de l'agitation. Reprise du contact avec le monde extérieur. Une tentative de sortie, malgré la persistance de nombreux éléments morbides, est suivie d'une réintégration au bout d'un mois. Depuis ce moment, le malade reste détaché, ironique, bradypsychique, hostile, et on ne peut noter aucun changement dans son état.

OBS. IX. — P... Vincent, 41 ans, entré le 28 septembre 1929, venant de l'Asile de Ste-Gemmes.

*Schéma clinique.* — Délire paranoïde avec discordances, affectivité, indifférence, apathie, rires immotivés.

*Traitement.* — Début en janvier 1934. Crisalbine : 0,05 et 0,10. Dose totale : 4 gr. 85 en 11 mois. Dose totale d'or : 1 gr. 80.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Amélioration légère, diminution du délire. Meilleur contact avec le monde extérieur.

OBS. X. — G... Jean, 29 ans, entré le 31 août 1933. Soigné déjà depuis 4 ans.

*Schéma clinique.* — Délire paranoïde, soliloque, indifférence, réponse à côté, néologismes, stéréotypies, rires immotivés, écholalie, échopraxie. Refus d'aliments et agitation.

*Traitement.* — Début en septembre 1933. 1<sup>o</sup> Crisalbine : 0 gr. 75 en 2 mois. 2<sup>o</sup> Myoral : 39 cmc., soit 3 gr. 90 en 1 an. Dose totale d'or : 2 gr. 77.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Diminution du délire, disparition du refus d'aliments et de l'agitation. Persistance des autres symptômes.

OBS. XI. — F... Modeste, 32 ans, entré le 27 juin 1931. Début de l'affection il y a 10 ans par une bouffée confusionnelle.

*Schéma clinique.* — Agitation catatonique survenant par crises dans l'intervalle desquelles le malade présente un syndrome de désintégration de la personnalité, avec indifférence, inactivité, propos incohérents, incurie.

*Traitement.* — Début au mois d'octobre 1933. Traitement hésitant en raison de l'apparition d'une recrudescence de l'agitation. 1<sup>o</sup> Crisalbine : 0,15 et 0,10. Total : 0 gr. 85 en deux mois. 2<sup>o</sup> Myoral : 14 cmc. Total : 1 gr. 40 en 6 mois. Dose totale d'or : 1 gr. 21.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Amélioration considérable de l'état mental dans l'intervalle des crises, disparition totale des éléments pathologiques, mais aggravation en intensité et en durée des crises d'agitation catatonique.

OBS. XII. — D... Irène, 26 ans, entrée le 17 février 1934. Le début de l'affection remonte environ à 3 ans avant l'internement.

*Schéma clinique.* — Syndrome discordant, bizarreries, mimique inadéquate, rires immotivés. Sentiments d'étrangeté, sensation de transformation corporelle, maniérisme, inactivité, évolution lente.

*Traitement.* — 1° Crisalbine. Dose totale : 0,15. 2° Myoral : 78 cmc., 7 gr. 80 en 7 mois. Dose totale d'or : 5 gr. 04.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Très légère amélioration caractérisée par un contact mieux adapté avec le monde extérieur, mais persistance des éléments discordants et de l'inactivité.

OBS. XIII. — M... Arthémise, 23 ans, entrée le 19 avril 1934, près de deux ans après le début de l'état morbide, traitée avant son entrée par la pyrétothérapie soufrée associée à la chrysothérapie.

*Schéma clinique.* — Symptômes de désintégration psychique, schizophasie, schizographie, discordance affective, apathie, incurie, maniérisme. Cet état alterne avec des périodes d'agitation avec hostilité, amaigrissement, fièvre.

*Traitement.* — Début le 22 avril 1934. 1° Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15. 2 gr. 10 en 5 mois. 2° Or-devenan : 400 cmc., soit 4 gr. d'or en trois mois. 3° Myoral : 0,30. 4° Sérum de Jousset intra-rachidien. 5° Injections de 20 cmc. Dose totale d'or : 5 gr.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — C'est après les injections intra-rachidiennes de sérum de Jousset que surviennent les crises d'agitation. Après la série d'or-devenan, on note une période de rémission complète d'une durée de 15 jours. La malade, étudiante en philosophie, fait la critique de son état. Reprise totale du contact avec le monde extérieur. Actuellement rechute avec les mêmes éléments de désintégration psychique.

OBS. XIV. — L..., âgée de 40 ans, entre le 6 août 1932, 6 ans après le début de l'état morbide.

*Schéma clinique.* — Désintégration profonde du psychisme. Schizophasie, indifférence, affectivité discordante, période assez longue d'agitation, de refus d'aliments et de gâtisme.

*Traitement.* — Début le 14 septembre 1933. Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15 ; 4 gr. 45 en 10 mois. Dose totale d'or : 1 gr. 75.

*Evolution.* — Résultat assez favorable, disparition des éléments catatoniques. Reprise du contact avec le monde extérieur. Persistance de la schizophasie et de la discordance, cependant l'amélioration permet de réaliser une sortie qui dure depuis 6 mois.

OBS. XV. — D... Flora, 40 ans, entre le 14 janvier 1933. L'affection a débuté plusieurs années avant l'internement.

*Schéma clinique.* — Délire paranoïde fruste, s'accompagnant d'indifférence, de désintérêt, d'inaffectivité, d'incurie, bradypsychie, inactivité. Le traitement a été appliqué un an après l'internement à la suite de la constatation en février 1934 de lésions pulmonaires graves : infiltration des deux poumons, fièvre à grandes oscillations, amaigrissement profond, bacilles dans les crachats.

*Traitement.* — Début du traitement le 14 février 1934. Le traitement a été particulièrement intensif. 1° Crisalbine : 0,05 ; dose totale : 0,70. 2° Or-devenan : doses progressivement croissantes de 2 cmc. à 20 cmc. et fréquence augmentée jusqu'à 3 injections de 20 cmc. par semaine (0 gr. 60 d'or). Dose totale : 1.151 cmc., soit 23 gr. 02 de chlorure d'or en 9 mois. Dose totale d'or : 11 gr. 77

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — 1° Au point de vue physique : diminution progressive et disparition de la fièvre, disparition de l'expectoration, reprise progressive du poids, nettoyage radiologique progressif mais non terminé. 2° Au point de vue mental : amélioration très marquée, disparition des éléments délirants, reprise de l'intérêt à sa famille et au monde extérieur, persistance d'une apathie peut-être en relation avec l'état physique.

OBS. XVI. — M... Eugène, 32 ans, entré le 7 décembre 1932. Le début de l'affection remonte à plusieurs années, malade grabataire.

*Schéma clinique.* — Délire paranoïde fruste avec désintégration profonde de la personnalité, indifférence, apathie, immobilité, incurie, gâtisme.

*Traitement.* — Début le 26 septembre 1933. 1° Crisalbine : 0,05 et 0,10. Dose totale : 0 gr. 55 en 2 mois. 2° Myoral : 46 cmc., soit 4 gr. 60 en 10 mois. Dose totale d'or : 3 gr. 14.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — Disparition du gâtisme après 1 an de traitement, intérêt progressif pour le monde extérieur, amélioration considérable de l'état mental, malade calme et travailleur, un peu indifférent.

OBS. XVII. — C... Jeanne, 33 ans, entre une première fois en 1922, à l'âge de 20 ans, pour confusion avec indifférence et inactivité, sort en 1924 ; revient en 1927 pour confusion mentale.

*Schéma clinique.* — En 1932. Type de la vieille démente précoce, immobilité, inactivité, apathie, mutisme, gâtisme. Exploration mentale impossible, très amaigrie. En mai 1932, pleurésie séro-fibrineuse droite, avec lésions nodulaires disséminées. Température élevée qui se maintient par la suite au-dessus de 37°5.

*Traitement.* — Début en mai 1932. Crisalbine : 0,05, 0,10, 0,15, 0,20, 0,35, 0,50 ; total de : 14 gr. 70 en 20 mois, puis reprise du traitement à très petites doses (0,05), avec un total de 1 gr. 70 en 6 mois. Dose totale de crisalbine : 16 gr. 40. Dose totale d'or : 6 gr.

*Incidents.* — Ictère fugace, après les doses fortes (0,50) de crisalbine.

*Evolution.* — 1° Au point de vue physique : amélioration de l'état général. Reprise du poids, disparition de la fièvre et de l'expectoration. Nettoyage radiologique des poumons. 2° Au point de vue mental : amélioration très marquée, reprise complète du contact avec le monde extérieur. Affectivité et activité normales. Aucun trouble intellectuel. Persistance d'un léger maniérisme. Malade en état de sortir.

Obs. XVIII. — L... Berthe, âgée de 21 ans, entre à l'Asile le 2 mai 1932.

*Schéma clinique.* — Syndrome discordant, indifférence, négativisme, rires immotivés. Au bout d'un an, une légère rémission permet une sortie de deux mois. Au retour, même état avec agitation catatonique et apparition de symptômes d'imprégnation bacillaire, sommet gauche voilé.

*Traitement.* — Début le 19 juillet 1933. 1° Crisalbine : 0,10 et 0,15; 2 gr. en 4 mois. 2° Allochrysine : 0,30 en 1 mois 1/2. 3° Myoral : 7 gr. 30 en 7 mois. Dose totale d'or : 5 gr. 52.

*Incidents.* — Aucun.

*Evolution.* — 1° Au point de vue physique : amélioration très marquée. 2° Au point de vue mental : disparition de toute la symptomatologie, mise à part la persistance d'un très léger maniérisme. Malade actuellement en rémission complète depuis plus de 6 mois. Va sortir.

Ces observations représentent l'état actuel de nos malades traités et il est bien évident que l'on ne peut considérer les résultats comme définitivement acquis. Certains malades ont reçu des doses totales de sels d'or suffisamment faibles pour permettre la continuation du traitement pendant un temps encore assez long. D'autres améliorations peuvent survenir, tandis que les rechutes sont à redouter chez les malades actuellement en rémission. Une plus longue expérience serait donc nécessaire.

Il y a lieu de remarquer, cependant, que chez aucun de nos malades nous n'avons observé d'aggravation de l'état mental, tandis que presque tous ceux d'entre eux qui présentaient des symptômes de gravité (gâtisme, incurie totale, inertie), les ont vu disparaître.

Ce fait est suffisamment important et précis pour nous encourager à persévérer dans cette voie, malgré la médiocrité relative des résultats obtenus.

Enfin, nos essais de chrysothérapie prolongée nous permettent de dégager l'énorme différence qui semble exister au point de vue thérapeutique entre les déments précoces, anciens et



récents. Ces derniers sont infiniment plus sensibles à l'action thérapeutique, puisque, sur 13 malades, nous avons pu observer 11 rémissions totales et durables.

Peut-être faut-il voir, dans ce fait, la raison des différences d'appréciation chez ceux qui se sont occupés du même sujet.

**Trois observations d'états schizophréniques traités par l'association des sels d'or à la pyrétothérapie soufrée. — Critique des résultats, par MM. J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX.**

Nous rapportons trois observations de malades traités par la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or, suivant la technique que nous avons décrite à plusieurs reprises avec le Professeur Claude et Ey, ainsi que dans la thèse de Kerfridin. Nos trois cas ont été suivis presque simultanément. Leur étude nous permettra de revenir sur certains points. L'huile soufrée fut la sulfosine danoise à 1 %. Le sel d'or utilisé fut la myochrysine, en solution huileuse pour les premières injections, aqueuse pour les suivantes.

Obs. I. — N., Marius, 30 ans, ajusteur.

A. H. — Père, 66 ans, bien portant. Mère morte à 53 ans.

A. C. — Deux sœurs et quatre frères, dont un mort-né, un mort en bas âge et un frère mort à 25 ans, qui présentait de la claudication à la suite d'une affection de la hanche datant de l'enfance (coxalgie?).

A. P. — Premier développement normal. Apprentissage à partir de 14 ans. Plusieurs places. Service militaire sans incidents. Travaille jusqu'à 27 ans, normalement. Marié; une fille bien portante. Pas d'alcool. Bronchite à 14 ans, ayant duré plusieurs années. A toussé durant plusieurs hivers.

H. M. — Début au milieu de 1932, à 28 ans, sans raison apparente, par raptus anxieux, pantophobie, persécution généralisée. Insomnie. Craintes d'empoisonnement. Refuge au commissariat de police; peut-être tentative de suicide (douteuse). Huit jours d'hôpital. Guérison. Reprise du travail.

Rechute rapide à type dépressif: bradypsychie, mutisme, nécessitant l'internement le 6 décembre 1932. Persistance du mutisme durant 15 mois; entre temps transfert avec le diagnostic: état mélancolique, à Armentières où, dès mai 1933, se précisent les craintes de dissociation (indifférence progressive, discordance), etc. Amélioration dans le premier semestre de 1934. Néanmoins, persistance des manifestations hypocondriaques. Interprétations. Propos de « chair morte ». S'occupe un peu.

Septembre 1934. Poussée rhumatismale. Douleur et gonflement du

genou. Douleur de la nuque, céphalée, impotence, conjonctivite, fièvre. Sédation des troubles en quelques semaines après traitement intraveineux salicylé. Par contre, entre temps, reprise et accentuation de la discordance. Maniérisme, mutisme presque absolu, bizarreries, réticences. Ecrits peu cohérents : « Je n'ai plus de vers dans la tête pour aller à la pêche. Voilà le secret de l'amour... J'espère que le service de votre santé viendra mutuellement nous donner un bon coup de balai. Docteur, votre tout dévoué serviteur. »

*Novembre 1934.* L'affection dure depuis deux ans et demi, avec une rémission incomplète quelques mois plus tôt. Le malade à 30 ans. Type blond, mince. Langue légèrement trémulante. Hyperhydrèse ; Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Institution à ce moment du traitement pyrétichimique.

### Traitement

				Gr.		Maximum thermique
12 décemb. 1934.	Huile soufrée	1 cc.			Pas de réaction locale	37°5
14 — —	Myochrysine		0,05			
17 — —	Huile soufrée	2 cc.			id.	38°2
19 — —	Myochrysine		0,10			
26 — —	Huile soufrée	3 cc.			id.	38°3
28 — —	Myochrysine		0,15			
2 janvier 1935.	Huile soufrée	4 cc.			id.	37°9
5 — —	Myochrysine		0,20			
9 — —	Huile soufrée	5 cc.			id.	37°8
16 — —	id.	6 cc.			Douleur légère	38°8
18 — —	Myochrysine		0,25			
23 — —	Huile soufrée	7 cc.			Pas de réaction	37°6
25 — —	Myochrysine		0,25			
30 — —	Huile soufrée	8 cc.			Empâtement	38°5
1 <sup>er</sup> février —	Myochrysine		0,25			
6 — —	Huile soufrée	9 cc.			Gros empâtement douloureux. Rougeur. Menace d'abcès.	38°3
9 — —	Myochrysine		0,25			
13 — —	Huile soufrée	10 cc.			Douleur légère	38°3
15 — —	Myochrysine		0,25			

Soit, au total : 10 injections d'huile soufrée et 1 gr. 75 de sels d'or.

*Réactions de Vernes-résorcine :* Avant traitement (11 décembre) : 7. Pendant le traitement : 27 décembre : 62 ; 3 janvier : 15 ; 10 janvier : 14 ; 17 janvier : 30 ; 24 janvier : 24 ; 31 janvier : 48 ; 8 février : 106 ; 14 février : 26 ; 1<sup>er</sup> mars : 15.

*Evolution.* — Pas de modifications jusqu'à la 8<sup>e</sup> injection d'huile soufrée. A ce moment, régression rapide des troubles. Retour de la syntonie. Questions et réponses. Pertinence. Dans les semaines qui suivent, retour progressif à l'état subnormal, puis pratiquement normal, en dépit d'une hyperémotivité résiduelle importante. Conscience de l'état pathologique antérieur. Evocation satisfaisante. Souvenir de sa longue phase de mutisme, qu'il explique par une inhibition prolongée, à certains moments douloureuse. Reprise de poids rapide (3 kgs les 15 derniers jours). Alimentation normale.

Sortie le 15 mars.

Au total, sujet entré pour état mélancolique, et demeuré en état de stupeur pendant 15 mois. A ce moment, dissociation incipiens, arrêtée par une amélioration transitoire mais imparfaite, puis rechute après un épisode rhumatismal, dans un état psychopathique franchement défavorable, avec mutisme, stéréotypies, tendance nette à la discordance, incurie, altération de l'état général. Amélioration en fin de traitement, très rapide, ayant coïncidé avec une réaction locale extrêmement douloureuse et intense, à la 9<sup>e</sup> injection d'huile soufrée. Disparition des signes de dissociation. Retour de la syntonie. Reprise de l'état général. Sortie.

Terrain suspect au point de vue bacillose : bronchite répétée et prolongée pendant plusieurs hivers au cours de l'adolescence. Affection suspecte de la hanche chez un frère mort à 25 ans. A noter chez le sujet une crise articulaire de nature indéterminée, qui a marqué la fin de l'incomplète rémission de 1934.

Obs. II. — B., 28 ans, courtier.

A. H. — Milieu aisé. Père, 64 ans. Bronchite chronique. A toujours été malingre. Un de ses frères est mort à 12 ans de bronchite, un autre vient de mourir tuberculeux ; une sœur phthisique ; une autre bien portante.

Mère, 54 ans (type pycnique). Hystérectomie récente pour fibrome avec ablation d'un rein flottant. Sa mère s'était suicidée par submersion, une de ses sœurs est morte internée.

A. C. — Est le second de huit enfants (plus une fausse couche chez la mère) dont une sœur est déséquilibrée. Convulsions à deux ans chez le frère aîné.

A. P. — Premier développement normal. Ecole de 4 à 14 ans, apprenait bien. Etait nerveux, très susceptible, peu expansif, mais sociable. Quitte pour apprendre le métier de pâtissier, qu'il connaît bien, mais difficultés avec les patrons. Service militaire sans incidents : devient sous-officier. Libéré, reprend son métier. Placé à Arras, Tourcoing. Mais devient bizarre. Goût morbide de la perfection. Un jour, fugue de Tourcoing à Lille (1929). Finalement aban-

donne le métier « indigne d'un sous-officier ». S'occupe alors de représentation avec son frère aîné, y réussit assez au début. Mais au commencement de 1933, algarades avec sa mère qu'il accuse de lui prendre sa pensée. Impulsivité. Délire d'influence. Voix. Peut-être préoccupations sexuelles. Placement en Belgique durant 14 mois (juillet 1933) et finalement internement à Armentières (octobre 1934), l'état demeurant stationnaire.

À cette époque, le sujet, âgé de 28 ans, présentait un « délire paranoïde. Indifférence affective, troubles du sens critique et du jugement. Idées délirantes de persécution non systématisées. Hallucinations cénesthésiques et auditives. Sentiment d'étrangeté » (D<sup>r</sup> Tarbouriech).

Dans les jours qui suivent : opposition, suggestibilité. Excitation. Examens clinique et biologique négatifs. Type asthénique.

### Traitement

			Gr.		Maximum thermique
			—		—
20 novemb. 1934.	Sulfosine	1 cc.		Douleur	38°
23 — —	Myochrysine		0,05		
24 — —	Sulfosine	2 cc.		id.	37°7
26 — —	Myochrysine		0,10		
29 — —	Sulfosine	3 cc.		id.	37°6
1 <sup>er</sup> décemb. 1934.	Myochrysine		0,15		
4 — —	Sulfosine	4 cc.		id.	39°2
6 — —	Myochrysine		0,20		
10 — —	Sulfosine	5 cc.		id.	39°2
12 — —	Myochrysine		0,25		
17 — —	Sulfosine	6 cc.		id.	38°7
19 — —	Myochrysine		0,25		
26 — —	Sulfosine	7 cc.		id.	39°6
28 — —	Myochrysine		0,25		
2 janvier 1935.	Sulfosine	8 cc.		Empâtement important	39°2
5 — —	Myochrysine		0,25		
9 — —	Sulfosine	9 cc.		Douleur	38°
11 — —	Myochrysine		0,25		
16 — —	Sulfosine	10 cc.		id.	39°
18 — —	Myochrysine		0,25		
11 février —	id.		0,10		
19 — —	id.		0,10		
27 — —	id.		0,10		
7 mars —	id.		0,10		

Soit au total 10 injections d'huile soufrée; 2 gr. 40 de myochrysine.

*Réactions de Vernes-résorcine : Avant traitement (16 nov.) : 10. Pendant le traitement : 27 nov. : 75 ; 10 déc. : 32 ; 27 déc. : 80 ; 3 janvier : 60 ; 10 janvier : 15 ; 19 janvier : 10.*

*Evolution.* — Dès la 3<sup>e</sup> injection, modification de la présentation, surtout marquée par un retour de la syntonie, avec intérêt à l'ambiance, alimentation normale contrastant avec l'opposition et l'excitation verbomotrice antérieures.

Détails personnels sur le traitement, l'histoire de la maladie, les hospitalisations antérieures : « J'avais trop de pensées en tête... Ça se déroulait malgré moi. »

A la fin du traitement, B. se mêle aux autres malades, joue aux dames avec eux, rétablit complètement le contact affectif avec sa famille. Il demande à travailler. Par contre, persistance du délire, à type paranoïde. Le malade affirme de sang-froid avoir deux yeux derrière la tête, etc. Emotivité marquée. Voix et gestes un peu tremblants durant l'entretien. Réactions vaso-motrices intenses.

Au total : hérédité vésanique (lignée maternelle) et bacillaire (lignée paternelle). Etat paranoïde avec agitation impulsive depuis deux ans au moins. Excitation. Turbulence. Délire d'influence, thèmes paranoïdes. Résistance. Opposition systématique.

Le traitement est bien supporté. Cependant, dès les premières injections d'huile soufrée, apparaissent des réactions locales d'ailleurs modérées ; le malade redevient rapidement calme. Dans les semaines qui suivent, la syntonie a réapparu. Amélioration de l'état général. Par contre, le délire persiste, gardant son allure paranoïde.

Obs. III. — L., Marcel, 28 ans.

A. H. — Père, bien portant. Mère, bien portante.

A. C. — Un frère et une sœur bien portants. Marié, une fille de 14 ans et une autre de 6 ans, bien portantes. Un garçon mort à un mois, spina bifida.

A. P. — Point de pleurésie vers 10 ans. Maladies éruptives de l'enfance. Un an avant l'apparition des troubles mentaux, tamponné par une auto : perte de connaissance passagère ; incapacité professionnelle de six semaines, puis reprise du travail normal durant un an.

H. M. — Dans le courant de 1931, début de l'affection par troubles digestifs. Examens radiologiques répétés, sans résultats. Parallèlement, développement de l'état psychopathique, préoccupations hypocondriaques. Néanmoins une amélioration permet la reprise du travail durant quelques mois, au bout desquels, rechute ; insomnie, inappétence, idées bizarres de persécution et de jalousie.

Admis à Esquermes le 22 février 1932. Y développe un délire complexe d'influence avec réactions affectives variables.

Transféré le 3 octobre 1934 à Armentières. « Délire complexe

d'influence, systématisation touffue, émet des ondes, reçoit des pensées étrangères, écho de la pensée, humeur variable ; a présenté des crises anxieuses. A d'autres moments, longues périodes de mutisme avec attitudes schizophréniques. » (D<sup>r</sup> Vullien).

Dans les semaines qui suivent, discordance, attitudes catatoniques, mutisme, bizarrerie, négativisme. Etat général précaire. Alimentation difficile. Ichtyose.

Examen somatique négatif.

Sang : Bordet-Wassermann et Kahn : négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : 0 gr. 56 d'albumine. Leuco : 0,3 ; Bordet-Wassermann : 0.

### Traitement

			Gr.		Maximum thermique
20 novemb. 1934	Sulfosine	1 cc.		pas de réaction	37°8
23 — —	Myochrysine		0,05	id.	
24 — —	Sulfosine	2 cc.		id.	37°8
26 — —	Myochrysine		0,10	id.	
29 — —	Sulfosine	3 cc.		id.	37°4
1 <sup>er</sup> décemb. 1935	Myochrysine		0,15	id.	
4 — —	Sulfosine	4 cc.		id.	37°9
6 — —	Myochrysine		0,20	id.	
10 — —	Sulfosine	5 cc.		id.	38°
12 — —	Myochrysine		0,25	id.	
17 — —	Sulfosine	6 cc.		id.	38°4
19 — —	Myochrysine		0,25	id.	
26 — —	Sulfosine	7 cc.		id.	38°8
28 — —	Myochrysine		0,25	id.	
2 janvier 1935..	Sulfosine	8 cc.		id.	38°3
5 — —	Myochrysine		0,25	id.	
9 — —	Sulfosine	9 cc.		id.	38°4
16 — —	id.	10 cc.		id.	39°
18 — —	Myochrysine		0,25	id.	

Soit au total, 10 injections d'huile soufrée et 1 gr. 75 de myochrysine.

*Réaction de Vernes à la résorcine.* — Avant traitement (16 nov.) : 9. Pendant le traitement : 27 nov. : 34 ; 11 déc. : 17 ; 27 déc. : 32 ; 3 janv. : 13 ; 10 janv. : 10 ; 17 janv. : 10.

*Evolution.* — Etat mental sans changement.

Au total : légère atteinte bacillaire antérieure, état dissociatif à forme paranoïde et catatonique. Longue durée des troubles (plusieurs années). Le traitement n'amène aucune modification générale ou locale.

Les injections n'amènent ni empâtement, ni douleurs. Aucune amélioration.

## COMMENTAIRES

Ces observations appellent les commentaires suivants :

1° *Réactions thermiques.* — Chez ces 3 malades, la réaction thermique fut variable, la fièvre fut rarement très élevée, surtout chez le malade de l'obs. III qui aboutit à l'échec complet.

2° *Réactions locales.* — Elles furent nulles dans le cas suivi d'échec, moyennes dans le cas suivi d'amélioration de l'état général. Dans le cas entré en rémission, elles furent peu marquées jusqu'à la 9<sup>e</sup> injection. A ce moment, la grosse réaction locale fut le point de départ d'un retour rapide à la normale.

3° *Réactions de floculation.* — Nous avons régulièrement suivi nos malades au point de vue de la réaction de Vernes à la résorcine. Un article du *Progrès Médical*, avec MM. Claude et Kerfridin, donnait nos résultats à ce point de vue. Les prises de sang étaient faites généralement le lendemain de l'injection d'huile soufrée. Les résultats obtenus ici confirment ce que nous écrivions à l'époque. Dans le cas III (échec complet), la courbe n'a pas dépassé le chiffre de 34. Dans le cas suivi d'amélioration, on note une ascension après la 2<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> injection, cette dernière ayant coïncidé avec l'amélioration du sujet (chiffres obtenus : 75 à 80). Enfin, dans le cas suivi de rémission, la courbe, demeurée basse dans la plus grande partie du traitement, est montée brusquement à 106 après la 9<sup>e</sup> injection, correspondant à la réaction locale intense et précédant l'amélioration. Considérés isolément, ces faits confirmeraient la valeur pronostique de la réaction de Vernes à la résorcine dans le traitement pyrétogène. Cependant, ainsi qu'on le verra dans l'article de l'un de nous avec le Professeur Claude, tous les cas ne sont pas aussi schématiques. Dans l'ensemble, une réaction faible au cours du traitement a les plus grandes chances de faire redouter un échec du traitement.

Il nous a semblé intéressant de verser au débat du traitement de la démence précoce ces trois cas traités ensemble et ayant donné lieu à trois résultats différents.

Nos trois cas étaient comparables entre eux par l'âge des sujets : 28 à 30 ans. Dans les trois on trouvait des antécédents personnels, collatéraux ou héréditaires suspects au point de vue tuberculose. Néanmoins aucun d'eux ne présentait de signes actuels de tuberculose pulmonaire. Les indices de floculation à la résorcine étaient respectivement : 6, 10 et 9.

Les cas différaient entre eux :

1° Par la *forme* de la maladie : a) Chez le premier, début mélancolique, compliqué ultérieurement de discordance durant

l'internement ; b) Chez le second et le troisième : état paranoïde avec délire d'influence.

2° Par *l'ancienneté* de la maladie (2 ans chez le premier. Mais l'apparition de la discordance remontait à un an seulement, avec, de plus, une rémission incomplète récente) ; plusieurs années chez le second (où le délire apparut après une très longue phase de troubles du caractère) ; 4 ans environ chez le troisième.

3° Par *leurs antécédents*. Le premier cas avait débuté d'emblée par la psychose ; sans antécédents pathologiques ni vésaniques, le deuxième malade présentait une ascendance vésanique maternelle ; le troisième avait présenté, un an avant l'apparition des troubles psychiques, une perte de connaissance après avoir été renversé par une auto. Il présente d'autre part de l'ichtyose et une hyperalbuminorachie solitaire. A égalité de traitement, la rémission la plus complète est survenue chez le sujet atteint d'une dissociation récente, apparue sur un fond de trouble affectif à forme mélancolique et sans antécédents pathologiques ou vésaniques connus. La rémission ne fut qu'incomplète (portant surtout sur l'affectivité, la syntonie) chez le sujet somatiquement normal, mais psychiquement taré et présentant des troubles déjà anciens. Elle fut nulle chez le sujet délirant depuis de nombreuses années et présentant des signes somatiques de dégénérescence.

4° *Etude critique des résultats*. — Ainsi que nous l'avons montré par ailleurs, les formes paranoïdes ou dementielles simples sont de beaucoup les plus rebelles au traitement. Les formes confuso-affectives, traitées au moment où s'ébauche la dissociation (discordance, maniérisme, sourires), sont mieux influencées par le traitement. C'est ce qui s'est passé ici.

On objectera que le premier malade avait débuté par un état mélancolique, qu'il avait présenté une première amélioration spontanée. En réalité, l'affection durait depuis deux ans ; l'amélioration spontanée avait été incomplète et transitoire ; enfin, et surtout, était apparu un délire à forme hypocondriaque, rappelant le délire hétérophrénique, et des signes de dissociation catatonique qui autorisaient un pronostic défavorable. L'amélioration définitive a coïncidé avec le traitement, elle est apparue manifestement au cours de celui-ci. Rapproché de *faits analogues* sur lesquels, avec M. le Professeur Claude, nous nous proposons de revenir prochainement, ce résultat nous paraît intéressant au double point de vue théorique et pratique.

M. Paul ABÉLY. — A une demande que je lui fis lors d'une communication précédente, le professeur Claude avait répondu



que ce n'était pas en tant que spécifiques de la tuberculose qu'il employait les sels d'or pour combattre la démence schizophrénique. Ces médicaments paraissaient donc agir comme des désinfectants généraux, ayant une action analogue à celle du salicylate de soude qui lui aussi fut employé avec un succès égal contre les mêmes psychoses. D'après ces dernières communications, il semble bien que ce soit sur la tuberculose que l'or est efficace. C'est donc un argument en faveur de l'étiologie tuberculeuse de ces psychoses. Plutôt que de les considérer comme la conséquence du remaniement allergique du terrain, je crois que les épisodes de pleurésie et de congestion pulmonaire légères doivent être regardés comme des manifestations banales et fréquentes au cours de la chrysothérapie.

M. DUBLINEAU. — Je crois qu'en effet, on n'en est encore qu'à la phase d'observation. Et le moment n'est pas venu d'édifier des théories.

**Résultats de la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans 34 cas d'états dits de démence précoce, par MM. Henri CLAUDE et J. DUBLINEAU.**

*Résumé.* — Sur 34 cas traités par l'association d'injections d'huile soufrée intramusculaire (de 1 à 10 cc.) et de sels d'or (injection de divers produits par diverses voies) les auteurs ont obtenu 13 rémissions, 7 rémissions transitoires ou imparfaites, 14 échecs.

Les rémissions concernent : 1) des états à prédominance maniaque atypique, confusionnelle, plus rarement dégénérative, schizotique ou autres ; 2) des formes à début récent (quelques mois) ; 3) des formes survenant chez des sujets jeunes (moins de 25 ans).

Dans les formes suivies de rémissions, 8 fois sur 13, on retrouve une tuberculose antérieure, surtout personnelle ; et, dans ces cas, fruste, plus rarement collatérale ou parentale.

Dans les formes suivies de rémissions temporaires, 2 fois sur 7, la tuberculose existait, mais, douteuse, dans l'un de ces cas, elle concernait en outre, dans l'autre, une hérédo-syphilitique certaine.

Dans les formes suivies d'échecs, la tuberculose pouvait être retrouvée 6 fois sur 14 chez les malades ou leur entourage : il s'agissait alors, soit de tuberculose tardive et intense, soit de tuberculose parentale éloignée, soit de tuberculoses accompagnées de syphilis.

Les auteurs profitent de cet exposé pour prendre position sur le problème de la démence précoce, laquelle comprend des types cliniques divers (états démentiels vrais, états confusionnels chroniques,

états dissociatifs). Chacun de ces états pouvant se compliquer de l'un des deux autres, ou le compliquer.

Cette communication paraîtra *in extenso* comme *Mémoire original* dans le prochain numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

**Trois cas de névrite optique rétrobulbaire bilatérale avec intégrité primitive du fond de l'œil, survenue au cours du traitement stovarsolique chez des paralytiques généraux, par MM. Paul ABÉLY et Nicolas SALGO.**

Il nous a paru intéressant et surtout utile de vous signaler certains accidents oculaires apparus au cours du traitement par le Stovarsol, et cela malgré un contrôle régulier de l'état du fond de l'œil.

Il s'agissait d'accidents imprévisibles et difficilement évitables.

Depuis trois ans, les paralytiques généraux internés à l'asile de Villejuif et déjà récemment impaludés sont soumis à l'examen oculaire de l'un de nous. Sauf deux cas d'atrophie optique avérée où nous nous opposons à ce traitement, presque tous les autres malades, même trois parmi eux présentant des lésions chorio-rétiniennes, en tout 120, furent soumis au traitement d'injections de Stovarsol sodique de 21 gr., dose totale (injections toujours sous-cutanées).

Sur les 120, seuls les 3 malades dont nous présentons les observations furent atteints dans leurs nerfs optiques.

OBSERVATION I. — V... Gaston, 47 ans, tabétique depuis 10 ans, réflexes tendineux abolis. Dysarthrie. Tremblement. Affaiblissement intellectuel. Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Urines normales. Impaludé depuis 2 mois.

Le 2 octobre 1933, examen du fond d'œil : normal, V = 9/10 pour le deux yeux. Pupille gauche < que la droite. Rigidité pupillaire. Le lendemain, on commence le traitement par le stovarsol sodique, suivant la technique de MM. Sézary et Barpe : une injection tous les deux jours. D'abord, 4 injections de 0 gr. 50, ensuite 1 gr. à chaque fois. Après la dixième injection, c'est-à-dire 8 gr. de stovarsol, le malade ne peut plus se diriger, n'y voyant plus.

Le 15 novembre, nous pratiquons l'examen oculaire : atrophie optique du type primitif. Pas de trace de papillite. V.O.D.G. = 0. On arrêté immédiatement le stovarsol et on fait 12 injections de Cy Hg sans succès. La cécité est définitive.

OBS. II. — B... Alexandre, 40 ans, manoeuvre. Paralyse générale caractérisée par état démentiel : désorientation temporo-spatiale, fièvre intermittente, dysarthrie, gâtisme continu. Réflexes tendineux vifs. Bordet-Wassermann + Sang et Liquide céphalo-rachidien. Urines normales. Impaludé depuis début août 1934.

Le 8 octobre 1934, examen oculaire ; fond d'œil : normal. V.O.D.G. 9/10. Inégalité pupillaire D. < G. Rigidité pupillaire. Le lendemain on commence le stovarsol.

Le 22 octobre 1934, nouvel examen oculaire. Intégrité F.O. et vision.

Le 19 novembre 1934, 3<sup>e</sup> examen oculaire. Le malade a eu 8 injections de stovarsol de 0 gr. 50 et 11 injections de 1 gr. Depuis deux jours il est aveugle ; on fait 12 injections de Cy Hg. Sans succès. La cécité persiste.

OBS. III. — C... Pierre, 45 ans, électricien. Tabès et paralysie générale caractérisée par affaiblissement intellectuel. Idées absurdes de grandeur. Dysarthrie.

Le 17 décembre 1934, examen oculaire : fond d'œil normal. V.O. D.G. = 7/10. Inégalité pupillaire. D. < G. Signe d'Argyll-Robertson aux deux yeux.

Le 11 février 1935 il a eu 15 injections de stovarsol dont les quatre premières à 0 gr. 50 et 11 de 1 gr. Depuis quelques jours, le malade voit trouble, dit-il. Fond d'œil normal, mais la vision des deux yeux = 1/10 faible. On arrête le stovarsol et on fait 5 injections d'hyposulfite de soude à 20 % de 20 cm. et 5 injections d'acétylcholine à 0 gr. 10.

Le 25 février 1935 nous revoyons le malade. V.O.D.G. = 7/10, fond d'œil normal.

Chez nos 3 malades, le diagnostic de névrite rétrobulbaire bilatérale s'impose par : l'amaurose rapidement survenue avec intégrité du fond d'œil au début, enfin par la décoloration secondaire des papilles que nous avons constatée chez ceux de nos premières observations.

L'origine de ces névrites est-elle syphilitique ou toxique ?

La syphilis nerveuse par le mécanisme de la réactivation peut donner des névrites rétro-bulbaires au cours des traitements.

Cependant, dans nos cas, ce n'est pas à la suite des toutes premières injections que les troubles visuels sont survenus.

De plus, l'épreuve thérapeutique par le CyHg injecté dès l'apparition des troubles, par son insuccès même, est contre cette hypothèse.

En revanche, le diagnostic d'atteinte toxique des nerfs optiques par le Stovarsol est soutenable en premier lieu par l'apparition

rition tardive des troubles visuels, après 8 injections dans le premier cas, 19 injections dans le deuxième cas, et 15 injections dans le troisième cas, comme nous venons de le voir.

De plus, l'évolution rapide, bilatérale, strictement parallèle, permet d'affirmer la nature toxique de ces névrites.

La toxicité du Stovarsol pour le nerf optique constatée par les promoteurs de cette médication, MM. Sézary et Barbé, a d'ailleurs été ces dernières années le sujet de diverses communications à la Société d'Ophtalmologie de Paris (MM. Nida, Terson, Dupuy-Dutemps, Lacroix). Cette toxicité élective serait due d'après Igersheimer au noyau phényl-arsénique, noyau commun à tous les arsenics pentavalents toxiques.

Comment aurions-nous pu prévenir et éviter la cécité chez nos deux premiers malades ? Rien d'anormal au fond d'œil, ni à l'acuité visuelle avant et au cours du traitement.

La recherche de rétrécissement du champ visuel ou d'un scotome central n'est guère possible chez ces malades mentaux. De même, ne peut-on espérer qu'ils rendent spontanément compte d'éventuels troubles subjectifs.

Devant les résultats remarquables et durables obtenus et sur le physique et sur le psychisme d'un nombre important de paralytiques généraux traités, la stovarsothérapie ne saurait être déconseillée.

Mais pour avoir quelque chance d'arrêter l'évolution d'une névrite rétro-bulbaire au cours de ce traitement, il semble nécessaire de faire prendre l'acuité visuelle avant chaque injection, du moins si l'état mental du malade le permet.

*Pour cela, nous avons décidé de faire lire le malade avant chaque injection.* Si nous constatons une diminution de son acuité visuelle, même légère, en tout cas sensible par rapport à la dernière lecture, nous arrêtons immédiatement le Stovarsol et nous tentons un traitement direct de la névrite menaçante. Nous avons vu que le cyanure de mercure ne nous avait rien donné dans deux cas. Pour la troisième observation, nous avons vu s'arrêter l'évolution de la névrite rétrobulbaire en pratiquant la méthode de Ravault : injections intraveineuses d'hyposulfite de soude associé à l'acétylcholine sous-cutanée à la dose de dix centigrammes, les injections étant chaque jour alternées.

Il semble jusqu'à plus longue expérience que ce soit la meilleure thérapeutique à utiliser.

Quoique cette présentation soit essentiellement parapsychiatrique, nous avons jugé indispensable de la signaler à tous nos confrères qui utilisent le Stovarsol.

Elle alertera chez eux la tranquillité trompeuse que nous donnait jusqu'ici le contrôle de l'état du fond de l'œil.

M. MARTIMOR. — J'ai eu un cas semblable : cécité subite chez un paralytique général de 50 ans impaludé, après 5 grammes de stovarsol.

M. FRIBOURG-BLANC. — Je commence ma première injection à 0,50, la seconde à 1 gr., les autres à 1 gr. 50 ; je n'ai jamais eu cet accident.

M. CARON. — Quelquefois, la toxicité plus grande des médicaments est due à une erreur du dosage. Et les accidents se produisent avec les ampoules fabriquées dans la même série. Cela se voit pour le stovarsol et pour le somnifène. L'abolition des réflexes des malades chez qui la cécité arrive permet d'incriminer la névrite spécifique et non le médicament.

M. MARCHAND. — Il est intéressant d'établir la fréquence des accidents de névrite optique au cours du traitement de la paralysie générale par le Stovarsol. Ne voulant pas faire entrer dans ma statistique les sujets qui n'en sont qu'au début du traitement, je trouve 135 paralytiques généraux qui ont reçu au moins trois séries de 45 gr. de Stovarsol. Sur ce nombre, un seul est devenu aveugle. Il s'agit d'un sujet qui a été traité à l'époque où le Stovarsol venait seulement d'entrer dans la pratique. Je donnais alors 1,50 de Stovarsol par injection. Depuis je n'injecte plus qu'un gramme à la fois trois fois par semaine et je n'ai plus eu d'accident. Chez les sujets chez lesquels, avant de commencer le traitement, l'ophtalmologie m'indique une légère décoloration papillaire, je ne fais que des injections de 0,50 cgr. et toujours je prolonge la série jusqu'à 45 gr. J'ai traité ainsi plusieurs malades et leur atrophie optique n'a pas progressé. Devant ces résultats, j'ai repris ma première observation. Or, je note que la cécité a été lentement progressive ; elle a débuté huit jours après la cessation du traitement ; le sujet était tabétique. Aussi, je me demande maintenant si la lésion optique a été provoquée par le traitement et s'il ne s'agit pas plutôt d'une névrite optique d'origine syphilitique. Ce qui me porte à admettre cette dernière interprétation, c'est qu'il est admis que la névrite optique se rencontre en moyenne chez 1 à 2 0/0 des paralytiques généraux et surtout chez ceux qui présentent des symptômes tabétiques. Or, sur 135 cas traités, ne relever qu'un seul cas de névrite optique reste au-dessous de cette moyenne

et nous engage à continuer l'emploi de ce médicament dont on ne peut que constater les heureux effets dans la paralysie générale.

M. Paul ABÉLY. — Mes malades n'ont jamais reçu de dose supérieure à 1 gr. Deux étaient tabétiques. Les cas se sont échelonnés sur 2 ans de distance.

**Hallucinations visuelles de type hypnagogique chez une femme de 73 ans atteinte de glaucome bilatéral, sans démence sénile ni confusion mentale. Hypersomnie épisodique. Délire de persécution secondaire aux hallucinations,** par M. P. BALVET (*Travail du service du Dr Pascal*).

La malade dont voici l'observation présente des hallucinations qui ressemblent aux visions du demi-sommeil et que nous hésitons à rattacher à une étiologie périphérique ou centrale (ou à la fois périphérique et centrale).

Mme G..., 73 ans, est entrée dans le service de Mlle le Dr Pascal le 13 février dernier. Les hallucinations visuelles sont apparues en août 1934 et n'ont jamais cessé depuis, quoique sensiblement atténuées. Peu après leur début se sont installés des phénomènes d'hypersomnie qui ont disparu après quelques semaines. Un délire de persécution assez pauvre (et en partie secondaire aux hallucinations), des troubles de l'attention, de la dysmnésie, un glaucome bilatéral avec acuité visuelle très diminuée d'un côté et nulle de l'autre, constituent les autres éléments du tableau clinique.

I. LES HALLUCINATIONS VISUELLES. — Elles ont débuté (en août 1934) par la vision suivante : installée à un balcon, la malade voit dans la rue la Sainte-Vierge et « toute une bande d'enfants de Marie ». La Vierge est dans un fauteuil sur un char. Elle et les enfants de Marie sont habillées tout en blanc ; il ne semble pas que la malade les aient vues transparentes comme des fantômes ; elle voit non seulement leur figure mais les robes en entier. C'est une foule immense. La scène est en pleine rue ; la malade s'étonne que les tramways passent à travers ce groupe ; elle se dit « le tramway va faire tomber tout ça », mais il n'en est rien. La Vierge ne parle pas mais elle fait signe à la malade et sourit. Autour du trône, des drapeaux blancs aux quatre coins. L'ensemble de la scène est blanc.

Toutes les autres visions qui se sont déroulées depuis présentent les caractères suivants :

1° La malade les voit non plus dehors, mais dans sa chambre,

contre le mur, pendues comme des tableaux ou passant en pont au-dessus de son lit.

2° Ce ne sont pas généralement des personnages en pied mais seulement *des têtes*; parfois des troncs. Ce sont ordinairement des têtes d'hommes; elle a vu aussi une tête de mort, une tête de cheval, une tête de mouton. Le corps est comme escamoté: « Ce n'est que les têtes... des figures comme nous autres... comme si on mettait un portrait. »

3° Elle ne voit pas en même temps (ou rarement) plusieurs personnages différents. Mais elle voit, *reproduit à plusieurs exemplaires*, le même personnage (plus exactement la même tête): « J'en verrais vingt, dit-elle, c'est vingt de la même figure ». Elle voit d'abord une seule tête (comme un portrait pendu au mur), puis « à force de regarder », ce portrait se multiplie et elle voit toute une alignée de têtes identiques, parfois jusqu'à une centaine. (C'est en pareil cas, par exemple, qu'elle les voit passant en arc au-dessus de son lit): « Plus je regardais, dit-elle, plus j'en voyais ».

A un examen plus attentif, il semble que ces tableaux multipliés ne sont pas vus en même temps. Elle n'en verrait jamais qu'un seul; mais en déplaçant son regard et la vision restant présente, elle aurait l'impression non pas, à proprement parler, d'un tableau qui se déplace mais bien d'une alignée de tableaux. Il y aurait ainsi simplement persistance de l'image dans les mouvements des globes oculaires donnant l'illusion d'images multipliées.

4° Ces têtes sont *immobiles* quant à leur expression mais elles se déplacent en bloc le long du mur. Elles entrent et sortent, mais il semble s'agir d'une apparition et d'une disparition qui n'a nul souci des portes, du moins le plus souvent. Elles apparaissent au mur. Elles sont *muettes*. Ces visions sont donc tout à fait l'apparence de tableaux: « C'est comme si j'accrochais une image au mur », dit la malade.

5° Ces portraits sont en général *blancs* ou du moins de teintes lavées. Elle voit ainsi « des filles avec des bonnets comme des communiantes ». On peut cependant distinguer dans ces têtes des bruns et des blonds, mais ces couleurs sont atténuées.

6° Ces hallucinations sont durables et souvent *itératives*: « C'est les personnes que j'ai déjà vues qui reviennent ».

7° *Les conditions d'apparition* sont les suivantes: il semble que la malade n'ait d'hallucinations qu'avec son œil droit (l'amblyopie de l'œil gauche étant totale). Encore faut-il que cet œil soit ouvert: elle dit ne plus voir l'œil fermé. Essayer de dormir était aussi, il y a quelques mois un bon moyen pour la malade de se débarrasser de ses hallucinations.

Plusieurs fois elle nous a dit spontanément que ces visions se produisaient de préférence à la tombée de la nuit et à l'aube. Mais contre cela nous avons le récit extemporané d'une vision un matin où le temps était lumineux et la salle ensoleillée.

8° *La croyance en la réalité* de ces hallucinations est variable, mais presque toujours ébranlable.

Parfois, la malade a conscience du morbide ; elle dit alors être « malade du cerveau ». « Je pense, nous dit-elle un jour spontanément au sujet de ses visions, que c'était de l'anémie du cerveau. »

Parfois, au contraire, elle considère comme réelles les figures qu'elle voit. Elle ébauche là-dessus un délire de persécution si mal systématisé que nous pouvons le rapprocher du délire panophobique. Ces gens sont là pour l'ennuyer ou lui nuire. Ils violent son domicile ; ils la violent. Un jeune homme passe la nuit chez elle debout et amène avec lui tous les voyous du pays.

Ce délire de persécution a d'ailleurs été la principale cause de l'internement, mais il ne nous intéresse pas autrement que comme preuve de la croyance en la réalité des hallucinations.

D'autre part, la malade, ayant vu une tête de mort, prétendait sentir une odeur de cadavre et demandait à sa fille de prévenir les pompes funèbres afin qu'on enlève le corps. Il y a peut-être là une hallucination olfactive associée, mais nous serions plutôt poussé à croire qu'il ne s'agit que d'une illusion greffée sur la conviction en la réalité de l'hallucination visuelle qui nous semble bien le symptôme fondamental.

II. L'HYPERSOMNIE. LES TROUBLES DE L'ATTENTION. — 1° Spontanément, la malade nous signale qu'à peu près à l'époque de la scène de la Sainte-Vierge, ou un peu plus tard (probablement vers les mois de septembre et octobre), est apparu un état anormal de somnolence.

« En faisant mes commissions, dit-elle, je dormais... Je dormais en marchant... Je dormais à moitié. » Elle s'en étonnait. Elle se disait alors : « J'ai dormi toute la nuit, je ne devrais pas dormir le jour... C'est drôle que j'aie dormi la nuit et que j'aie toujours sommeil. » Cette somnolence aurait duré quelques semaines puis a disparu. Il n'est pas possible de savoir s'il s'agissait d'une somnolence constante ou de crises paroxystiques. Depuis que la malade est dans le service nous n'avons rien remarqué d'anormal à ce point de vue.

Mais nous insistons sur ce fait que les dires de la malade sur ce point ont été spontanés, qu'elle n'a, par conséquent, pu être suggestionnée par nos questions et que, d'après sa fille, cette somnolence a bien réellement existé ; d'autre part, il faut éliminer la cause d'erreur qui serait due à l'absorption d'un hypnotique.

2° La difficulté à fixer l'attention de la malade est bien nette, surtout les premiers temps de l'internement. Elle répond à la question avant que la phrase ne soit finie ; ses réponses sont pleines de bavardage et de digressions.

Elle n'est pas, à proprement parler, amnésique, le souvenir disparu finit par revenir ; après nous avoir dit que nous sommes en 1915 elle retrouve la date à peu près exacte. Ses erreurs dans les réponses ne sont pas la conséquence d'un trouble irréversible ; ce n'est pas (pour



le moment du moins) une démente. Ce n'est pas non plus une confuse : ces souvenirs perdus, puis retrouvés, ne se rapportent pas à l'effort pénible et comme « pâteux » du confus, mais plutôt à l'attention défaillante, à la distraction.

III. LES TROUBLES DE LA VUE. — Mme G... présente en outre de graves lésions oculaires.

Il y a une dizaine d'années elle a été atteinte d'un *glaucome* à droite (traité par iridectomie), puis à gauche.

Actuellement, la vision est nulle à gauche alors qu'à droite les doigts sont comptés à la distance de deux mètres. L'acuité visuelle aurait baissé depuis un an d'après la malade, mais, malheureusement, nous n'avons pas pu obtenir sur ce point de renseignements précis.

L'examen ophtalmologique, pratiqué par le Dr Béguet, montre les signes ordinaires du glaucome chronique (y compris des papilles atrophiques et excavées), et un début de cataracte double.

Nous ne notons pas de paralysie des moteurs oculaires ; à un examen rapide, il ne semble pas y avoir de rétrécissement du champ visuel.

IV. L'EXAMEN NEUROLOGIQUE ET GÉNÉRAL est à peu près négatif.

Les réflexes patellaires sont vifs ; nous ne notons aucun signe pyramidal, extrapyramidal ou cérébelleux. La ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre ; le cœur est normal, la tension artérielle à 15-8 1/2. Urée du sang : 0,42. Wassermann négatif.

#### COMMENTAIRES

I. *Point de vue psychologique.* — Le syndrome essentiel que présente cette malade est la triade hallucinations visuelles-hypersomnie-inattention. Ce ne sont pas trois symptômes isolés mais plutôt trois aspects du même trouble, puisque le sommeil n'est que l'extrême inattention et que l'hallucination visuelle l'accompagne naturellement. Il s'agit donc d'un cas d'*onirisme* (au sens plein du mot), et cet onirisme est *pur* puisque les symptômes proprement confusionnels sont absents.

Toutefois, à les bien considérer, les visions de notre malade nous semblent assez différentes de l'imagerie du plein sommeil. Au lieu de scènes vivantes, ce sont des tableaux pauvres, réduits le plus souvent à une tête, immobiles et ne s'enchaînant avec rien. La vision de la Vierge et des enfants de Marie n'est guère plus riche ni plus vivante ; la foule des personnages ne fait qu'à demi illusion car vêtus uniformément de blanc ils ne sont que la reproduction à plusieurs exemplaires d'un personnage unique, réplique lui-même de l'image centrale de la Vierge ; la

draperie blanche est bien symptomatique de la pauvreté du détail ; si bien que ce n'est là aussi que la vision d'une tête. Le caractère itératif de ces visions souligne encore leur aspect d'image figée, car le rêve coule comme la vie et ne revient pas sur lui-même. Ce ne sont donc pas des rêves vivants, mais seulement des images de rêve ; elles sont au rêve ce que la lanterne magique est au théâtre.

Mais le rêve est un théâtre où le dormeur joue ordinairement son rôle, où du moins un thème se développe. Ici, au contraire, si la malade voit dans ces tableaux une allusion personnelle, une menace par exemple, le thème ainsi amené est pauvre et les réactions à son égard à peine ébauchées ; encore le plus souvent n'y a-t-il aucune trace de thème et la malade non située parmi ses visions les regarde seulement : « C'est comme si j'accrochais un tableau au mur. »

Immobilité de la vision dans ses parties, déplacement en bloc, absence de lien, caractère itératif, pauvreté du thème, attitude spectaculaire et aussi flottement de la conviction en la réalité de l'image : voilà des caractères qui nous incitent à donner à ces hallucinations une place à part parmi les hallucinations oniriques et à les rapprocher des visions du demi-sommeil. Ce sont des hallucinations oniriques, mais d'un type spécial : *le type hypnagogique*.

II. *Point de vue organique*. — Si nous envisageons maintenant cette observation par son côté organique, nous notons une baisse de l'acuité visuelle et de la somnolence, c'est-à-dire à la fois *une atteinte périphérique* et *une atteinte centrale* (le tableau neurologique étant d'ailleurs trop pauvre pour que nous puissions localiser cette dernière à la calotte pédonculaire).

En quelles proportions l'une et l'autre de ces deux atteintes ont-elles, nous ne dirons pas causé, mais favorisé les hallucinations visuelles, voilà la question que nous pose ce cas d'onirisme et qui nous semble difficile à trancher.

La séance est levée à 18 h. 45.

*Les Secrétaires des séances,*

P. COURBON et P. ABÉLY.

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du 7 Mars 1935*

---

Présidence : M. André BARBÉ, président

---

**Hémiplégie gauche chez un nourrisson de 22 mois, microgyrie avec hétérotopies corticales, par MM. BABONNEIX et J. LHERMITTE.**

Chez un nourrisson dont le passé était fortement chargé de maladies infectieuses : gastro-entérite, rougeole, scarlatine, varicelle, se développe une hémiplégie gauche importante, non accompagnée d'atrophies osseuses ou musculaires.

L'étude histologique décèle à l'origine de l'agénésie du faisceau pyramidal, la microgyrie des circonvolutions rolandiques, associée à des hétérotopies de la substance grise. De même que dans un cas étudié par LHERMITTE, G. LÉVY et TRELLES, la microgyrie s'accompagnait d'altérations du réseau vasculaire, de telle sorte que l'on peut se demander si ces lésions du réseau nourricier, probablement de nature infectieuse, ne doivent pas être tenues pour la source même de la malformation cérébrale.

**Syndrome tubérien au cours d'un myélosarcome crânien,**  
par MM. L. BABONNEIX, J. LHERMITTE et Th. DE MARTEL.

Les auteurs rapportent l'observation d'une fillette chez laquelle, au cours d'un myélosarcome crânien, apparut un syndrome tubérien caractérisé, cliniquement, par de la polyurie ; radiologiquement, par un effondrement de la selle turcique.

**Sur certains troubles consécutifs à l'épreuve rotatoire  
chez l'individu pathologique, par MM. BARRÉ, KABAKER et CHARBONNEL.**

Poursuivant l'étude de l'épreuve rotatoire, les auteurs étudient maintenant l'individu pathologique. Chez 5 malades présentant une tumeur frontale, l'épreuve se révéla normale ainsi que chez quelques épileptiques.

Des modifications furent trouvées chez quelques malades atteints de sclérose en plaques, chez un parkinsonien unilatéral gauche, chez une malade très complexe présentant une surdité totale avec liquide céphalo-rachidien modifié.

Pour ces auteurs, il ne s'agit pas là de perturbations cérébelleuses, mais d'une altération des otolytes.

*Discussion.* — M. MOLLARET estime que l'épreuve peut être modifiée par l'attitude du malade et peut-être aussi par un facteur psychique. Il ne croit pas au caractère spécifique de cette réaction.

M. BARRÉ pense que le facteur personnel agit sur l'intensité et non sur la direction de cette réaction.

**Etude clinique et anatomique d'un cas de gliomatose bulbaire,  
par MM. LHERMITTE, MONIER-VINARD et TSOCANAKIS.**

Les symptômes cliniques furent d'abord des phénomènes d'irritation des noyaux bulbaires. Le premier en date fut une dysphagie spasmodique pharyngo-œsophagienne si intense et si répétée que le malade fut soupçonné d'avoir une lésion sténosante et qu'une œsophagoscopie fut pratiquée. Au bout de deux mois environ, des crises de hoquet survinrent, et bientôt après se produisirent des crises syncopales. Leur fréquence était de 20 à 30 par jour, elles se produisaient à l'occasion de la déglutition des aliments ou à l'occasion de mouvements déterminés de la tête ou du cou.

Ces crises syncopales étaient en réalité les accidents nerveux d'un syndrome de Stokes-Adams. Au cours des crises, dont le début était constamment marqué par du hoquet, le pouls cessait d'être enregistrable. Il repaissait à la fin de la crise, mais avec du ralentissement et une baisse de la tension.

Des tracés électro-cardiographiques ont montré qu'il n'existait pas de dissociation auriculo-ventriculaire et que la bradycardie était totale. Le ralentissement du cœur au cours des crises était de 15 battements par minute.

La symptomatologie se maintint ainsi pendant plus de six mois. A ce moment apparurent peu à peu des signes neurologiques témoignant d'une altération destructive des centres et des cordons bulbaires (paralysie pharyngo-laryngée, signes pyramidaux, cérébelleux, sensitifs), et à partir de ce moment l'intensité et la fréquence des phénomènes irritatifs se mirent à décroître. La mort survint par infection pulmonaire terminale.

Anatomiquement, une infiltration gliomateuse envahissait les trois-quarts du bulbe. La discordance entre l'étendue considérable de cette infiltration et la conservation relative des fonctions bulbaires est expliquée par la lecture des coupes traitées par la méthode de Bielschowsky, car ce procédé a mis en évidence la remarquable persistance des cylindraxes et des cellules nerveuses en pleine masse de la tumeur.

*Discussion.* — M. ALAJOUANINE insiste sur la discordance entre les lésions anatomiques et les troubles cliniques, sur la symptomatologie pseudo-digestive des tumeurs du plancher du IV<sup>e</sup> ventricule (pituites, vomissements).

**Rhumatisme d'Heberden chez une hémiplegique, atteinte unilatérale du côté sain, par M. Jacques FORESTIER.**

Observation d'une femme atteinte, à l'âge de 48 ans, d'une hémiplegie corticale droite, d'origine syphilitique.

8 mois plus tard, se développe un rhumatisme d'Heberden intense, uniquement du côté gauche, la main paralysée restant indemne. Après étude des radiographies et des modifications vasculaires et sympathiques au niveau des mains, l'auteur discute les raisons qui ont empêché l'apparition des troubles articulaires à forme d'arthrose du côté paralysé, et montre leur intérêt pour les conceptions pathogéniques du rhumatisme chronique.

*Discussion.* — M. ALAJOUANINE signale l'intérêt de ce cas, où, contrairement à ce qui est observé d'habitude, le côté hémiplegié semble réfractaire au processus rhumatismal. Il voit trois raisons de cette particularité : 1<sup>o</sup> Modification tissulaire ; 2<sup>o</sup> Modification musculaire ; 3<sup>o</sup> Ostéoporose massive qui empêcherait la localisation rhumatismale du côté hémiplegie.

M. LHERMITTE insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à préciser le niveau de la lésion (thalamique ou striée).

M. THOMAS insiste sur la recherche des modifications thermiques et sudorales dans le cas étudié ici.

**Troubles de la sensibilité à topographie cheiro-orale consécutifs à un foyer apoplectique, par MM. LHERMITTE et O. CLAUDE.**

Chez une femme de 49 ans, ancienne hypertendue et aortique, se développent brutalement des troubles sensitifs et objectifs dans deux territoires distincts : le bord radial de la main et la commissure labiale homolatérale. La malade éprouve des sensations dysesthésiques, brûlures, fourmillements, en même temps qu'un engourdissement profond. Fait curieux : si le tact est diminué dans les territoires mentionnés, la sensibilité thermique apparaît exaltée dans les mêmes territoires. Les sensibilités profondes sont normales ; les réflexes superficiels et profonds sont intacts, sauf le palmo-mentonnier, qui est aboli du côté atteint.

Une telle observation démontre que les centres corticaux de la sensibilité pour la main et les lèvres sont joints ou même associés par des liens associatifs anatomiques et physiologiques.

**Un cas de névralgie faciale par hématabulie, par MM. J. LHERMITTE, J. DE MASSARY et BONHOMME.**

Chez un sujet, âgé de 50 ans, apparut brusquement une douleur dans l'hémiface droite, correspondant au territoire des 3 branches de la 5<sup>e</sup> paire, en même temps que se développait un syndrome oculo-sympathique homolatéral.

Deux ans après, l'on constate que les douleurs n'ont pas été modifiées et que l'hémiface droite est très hypoesthésique à toutes les excitations superficielles et profondes.

Enfin, au syndrome oculo-sympathique se joint un signe d'Argyll-Robertson typique.

La coïncidence de l'hémialgie, du signe de Robertson et du syndrome oculo-sympathique est curieuse, et à rapporter à une lésion hémorragique de la partie latéro-dorsale du bulbe.

*Discussion.* — MM. HAGUENAU et A. CHARPENTIER pensent à la possibilité d'une syphilis.

M. A. THOMAS ne croit pas qu'il soit nécessaire de rapporter le signe d'Argyll-Robertson à la lésion bulbaire.

M. LHERMITTE pense que l'on doit ici envisager deux problèmes, celui de l'Argyll-Robertson et celui de Claude Bernard-Horner. Pour ce qui est de ce dernier, on a suffisamment insisté sur sa fréquence dans les lésions bulbaires. L'unitéarité du signe d'Argyll-Robertson semble difficile à interpréter.

M. ALAJOUANINE rapporte le cas d'un malade dont le signe d'Argyll-Robertson disparut après section du sympathique carotidien.

#### A propos d'un cas d'algie faciale traitée par l'alcoolisation, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Les auteurs reviennent sur un cas d'algie avec paralysie complète du facial supérieur, et incomplète du facial inférieur. Syncinésie atypique avec contracture synchrone du muscle masticateur et de la paupière du même côté, due probablement à une anastomose traumatique entre les nerfs masséliens et le facial.

Une alcoolisation du nerf maxillaire inférieur fit cesser cette syncinésie et l'alcoolisation du ganglion sphéno-palatin fit cesser la douleur.

#### Sur un cas d'arachno-radiculite antérieure, par M. BARRÉ.

Le malade vient consulter pour une atrophie de la cuisse gauche. A l'examen, on note une diminution de la réflectivité à gauche ; par contre, pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles sympathiques ni sphinctériens.

A la ponction lombaire, légère hypertension et signe de blocage, albumine à 0,25, 5 lymphocytes par champ. L'épreuve du lipiodol permit de localiser la lésion à la région dorsale inférieure.

L'auteur insiste sur la rareté des arachnoïdites sans troubles de la sensibilité et l'intérêt d'une intervention chirurgicale.

*Discussion.* — M. A. THOMAS doute de la possibilité d'une cure radicale par l'intervention chirurgicale.

Pour M. BARRÉ, si la guérison est souvent rapide, elle ne met pas à l'abri des récidives.

M. ALAJOUANINE signale la possibilité de l'origine médullaire de certaines arachnoïdites.

Pierre MARESCHAL.

## Société Française de Psychologie

---

*Séance du Jeudi 14 Février 1935*

---

**Présidence : M. GUILLAUME, vice-président**

---

**Remarques pour une théorie du rêve. Observations sur le cauchemar,**  
par M. I. MEYERSON.

M. I. Meyerson expose une conception originale du rêve, qui se situe dans une théorie uniciste de la vie mentale et du sommeil, contrairement aux idées les plus communément acceptées et particulièrement au dualisme freudien. Le rêve est ainsi rapproché de la veille, dont ne le sépare que l'inadéquation d'une activité symbolique qui ne lui est pas spéciale. D'intéressantes observations de cauchemars illustrent ces vues. L'auteur souligne, en faveur de sa conception, le fait que le cauchemar peut se continuer à l'état de veille.

Daniel LAGACHE.

---

*Séance du Jeudi 17 Mars 1935*

---

**Présidence : M. LAHY, président**

---

**La psychologie contemporaine occidentale et les conditions d'intelligence de la pensée indienne,** par M. P. MASSON-OURSSEL.

La connaissance de l'Orient a bénéficié, dans la période contemporaine, des progrès de la psychologie. Rien n'est plus imperméable à l'associationnisme que la psychologie indienne : c'est une psychologie des opérations mentales, où la notion de fonction prend le pas sur celle d'organe, où les situations sont antérieures au sujet et à l'objet, où le critère du vrai est dans la perfection intrinsèque du penser. C'est dire combien notre intelligence de la pensée indienne a bénéficié d'œuvres et de doctrines auxquelles s'attachent les noms de Schopenhauer et Nietzsche, de Boutroux-Séailles et Bergson, de Freud, de Proust, de Janet, avec sa psychologie des conduites.

Daniel LAGACHE.

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 23 Février 1935

---

Présidence : M. ALEXANDER, président

---

**Démence paranoïde ayant débuté par un délire hypocondriaque déterminé par une volumineuse tumeur abdominale. Rémission à la suite de l'intervention chirurgicale, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.**

Relation du cas d'une femme de 45 ans, dont l'affection évoluait depuis 4 ans sous l'aspect d'un délire hypocondriaque : sensations bizarres au niveau de l'abdomen, interprétées par la malade de diverses manières, avec une tendance aux idées de persécution. En dernier lieu, elle prétendait avoir dans le ventre des souris dont elle disait avoir avalé des œufs avec les médicaments qui lui avaient été prescrits. L'examen révéla la présence d'une tumeur abdominale du volume d'une petite tête d'enfant, dont l'extirpation fut jugée nécessaire. Il s'agissait de tumeurs kystiques des ovaires et des trompes, en voie de cancérisation, et d'un poids total de 2 kgs. Immédiatement après l'intervention on observa la disparition complète des idées délirantes. La malade rentra chez elle apparemment guérie et reconnaissant l'absurdité des interprétations qu'elle avait faites. Elle montra dans son ménage une activité qu'on ne lui avait plus connue depuis des années. Cette rémission fut de courte durée : quatre mois après on assista à l'éclosion brusque d'un délire hallucinatoire très actif qui nécessita l'internement de la malade.

Ce cas permet d'apprécier dans une certaine mesure le rôle respectif des troubles de la sensibilité et des déviations intellectuelles dans la pathogénie des syndromes paranoïdes.

**Deux cas d'hémorragies méningées avec troubles mentaux prédominants, par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.**

Les troubles mentaux qui accompagnent les hémorragies méningées sont caractérisés le plus souvent par un syndrome dépressif et confusionnel, avec troubles importants de la mémoire. Ils sont à peu près constants et apparaissent généralement comme une complication d'une hémorragie déjà reconnue. Ils peuvent cependant dominer le tableau clinique au point de faire croire au début à une maladie mentale. Les auteurs rapportent deux cas de cette affection qu'ils ont suivis pendant plusieurs années, le premier chez un sujet atteint de néphrite hypotensive, le second chez un ancien syphilitique.



Ils se caractérisent par une symptomatologie polymorphe et variable, tant au point de vue neurologique que mental ; leur intérêt réside dans les difficultés du diagnostic au début et les particularités de leur évolution. Les auteurs insistent sur l'importance d'un diagnostic étiologique précis au point de vue du traitement, qui a dans les deux cas donné des résultats favorables.

**Délire d'interprétation et tumeurs cérébrales multiples,**  
par MM. d'HOLLANDER et LEROY.

Relation du cas d'une femme de 55 ans dont l'évolution fut caractérisée par des signes de lésions cérébrales en foyer à caractère variable et transitoires, avec syndrome d'hypertension intracrânienne et d'hémorragie ventriculaire. Il existait en outre des troubles mentaux à forme dépressive avec idées de persécution et hallucinations auditives. Une trépanation décompressive amena une amélioration passagère, et l'examen anatomique révéla l'existence de trois tumeurs situées respectivement au niveau de la pariétale ascendante dans l'hémisphère droit, de la frontale ascendante et du lobe temporal dans l'hémisphère gauche. Il s'agissait de tumeurs malignes dont les caractères congestif ou hémorragique expliquent la variabilité des symptômes constatés et les difficultés du diagnostic. Le syndrome mental présenté par cette malade est intéressant à noter en raison de l'importance qu'il avait acquise, et qui est assez rare dans les cas de ce genre.

J. LEY.

---

**Société Belge de Neurologie**

---

*Séance du 23 Février 1935*

---

**Présidence : M. L. van BOGAERT, président**

---

**Un cas de tumeur intra-bulbaire, par MM. P. van GEUCHTEN et P. MARTIN.**

Etude anatomo-clinique du cas d'un enfant de 8 ans chez lequel on vit se développer en 3 ans une paraplégie spastique à marche progressive avec contracture en flexion, suivie d'une atteinte uniquement motrice également, mais moins accusée, des membres supérieurs.

Les réflexes tendineux étaient exagérés aux membres inférieurs, avec clonus du pied et réflexe plantaire douteux, tandis qu'ils étaient diminués aux membres supérieurs. Il y avait en outre de l'amyotrophie, un état de mai-

greur extrême, de la cyanose des membres supérieurs et de la face, des crises de sudation abondante et des crises de contracture avec opisthotonos.

La ponction lombaire révéla un blocage complet, une dissociation albumino-cytologique, et le lipiodol montra une image de compression très haut située. Des troubles sensitifs apparurent à la suite de cette épreuve.

L'intervention montra un bulbe très élargi, dont la ponction ramena un liquide jaunâtre.

Le bulbe contenait une volumineuse tumeur kystique faisant saillie dans le 4<sup>e</sup> ventricule ; il s'agissait d'un néoplasme pauvre en cellules avec dégénérescence kystique et présentant l'aspect d'un astrocytome très fibrillaire.

Il est rare de voir se développer dans le bulbe une tumeur de cette importance avec une symptomatologie uniquement motrice.

**Complément à l'observation des névrites hypertrophiques familiales progressives présentées en Juin 1934, par MM. J. DE BUSSCHER et L. van BOGAERT.**

Les auteurs ont présenté en juin dernier un cas clinique qui a été l'objet d'une discussion très minutieuse, la plupart des membres présents se partageant entre diagnostic de myopathie distale et d'amyotrophie du type Charcot Marie-Tooth. Les auteurs apportent aujourd'hui une nouvelle observation dans cette famille : la sœur du malade précédent. Ils ont entre temps pratiqué trois biopsies neuro-musculaires. Les muscles sont intacts. Le nerf montre une prolifération non douteuse de l'endo et du périnèvre, avec une atteinte minime des neurites mêmes. Les examens électrologiques dus à la compétence du D<sup>r</sup> Moldaver montrent également la présence d'un processus de névrite au début.

Malgré la discrétion extrême du tableau clinique, le diagnostic de névrite hypertrophique ne peut donc être mis en doute et les auteurs insistent sur l'intérêt doctrinal de leur observation, le processus de prolifération schwannique et conjonctif précédant le processus de dégénération névritique.

**Hémiplégie progressive due probablement à une atrophie cérébrale, par MM. CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU.**

Relation du cas et présentation de clichés radiographiques d'un homme de 37 ans, sans précédents notables, qui souffre depuis de nombreuses années de céphalées sus-orbitaires gauches, avec vertiges et troubles visuels. Une parésie du membre inférieur droit, dont le début remonte à 8 ans, évolua très lentement jusqu'en juin 1934, date à laquelle les phénomènes parétiques s'accéléchèrent rapidement et s'étendirent au membre supérieur et à l'hémiface du même côté.

Actuellement on constate une hémiparésie droite avec exagération des réflexes, sauf le rotulien qui est plus faible qu'à gauche, et une atrophie globale du membre inférieur droit. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La ventriculographie directe montre deux ventricules fortement dilatés. De l'air a passé sous la voûte crânienne et montre un aspect atrophique des circonvolutions du côté droit.

Les auteurs pensent à une atrophie diffuse du cerveau, malgré la prédominance focale des symptômes.

**Complexe endocrinien : présentation du malade et discussion  
du diagnostic, par M. FLAMENT**

Présentation d'un garçonnet de 9 ans, israélite, dont l'hérédité est normale et dont le développement somatique et psychique se fit normalement jusqu'à l'âge de 7 ans.

En avril 1933 il accuse une douleur dans les talons à la marche ; un mois après, peu de temps après une amygdalectomie les douleurs augmentent, la marche devient impossible et on voit se développer une adiposité progressive. L'enfant se plaint ensuite de douleurs au niveau de la ceinture pelvienne et de légères céphalées. La radiographie montre une décalcification du sacrum et des deux dernières lombaires.

L'adiposité augmente de plus en plus, la station debout et la marche restent impossibles mais l'enfant n'est pas paralysé : il se déplace sur tricycle.

A l'examen, l'enfant est comme tassé dans le sens de la hauteur ; les testicules sont atrophiques ; les réflexes crémastériens sont abolis mais le reste des examens neurologique, mental et oculaire sont négatifs. Le métabolisme basal révèle successivement une augmentation de 43 0/0 puis de 14 0/0. Le volume des urines est normal. Les radiographies montrent une décalcification massive de tous les os. La calcémie est élevée. L'auteur conclut à la nature myopathique des troubles musculaires et à un syndrome endocrinien d'origine infectieuse par hypofonctionnement de certains centres infundibulo-hypophysaires.

J. LEY.

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### NEURO-PSYCHIATRIE

**Syndrome mélancolique délirant symptomatique d'une arachnoïdite cérébrale. Opération. Guérison**, par H. BAONVILLE, J. CAHEN, J. LEY et J. TITECA (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1934).

La symptomatologie des arachnoïdites, dont l'étude a été mise à l'ordre du jour de la XIII<sup>e</sup> réunion neurologique de Paris (1933) est assez bien connue au point de vue clinique, mais de nombreux problèmes restent à résoudre.

On connaît la forme « pseudo-tumeur cérébrale », beaucoup moins bien les formes mentales. Les troubles psychiques, fréquents dans la symptomatologie des tumeurs cérébrales, seraient au contraire rares dans la méningite séreuse d'après Miden, mais on peut se demander si cela n'est pas affaire de localisation. Lorsque le processus est localisé à la corticalité des lobes frontaux, on peut s'attendre à l'apparition de troubles psychiques. L'observation rapportée concerne un malade qui présentait un syndrome mélancolique délirant dont l'évolution a été parallèle à celle d'une arachnoïdite localisée à la région frontale gauche. Après intervention chirurgicale, incision de l'arachnoïde, mise à jour d'une *masse gélatineuse* et décompressive sous-temporale, on assiste à une amélioration brusque de l'état mental. Les auteurs discutent les diverses hypothèses à envisager pour expliquer l'évolution et les relations possibles de l'arachnoïdite et de l'état mental, qualifié d'accès mélancolique « vrai ».

SENGÈS.

**Analyse d'un cas de lésion en foyer ayant déterminé des perturbations fonctionnelles très variées** (Untersuchung eines Falles von umschriebener Hirnschädigung mit Störungen auf verschiedensten Leistungsgebieten), par E. ROTHMANN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXIII, fasc. 1 et 2, 1934.

Gelb et Goldstein ont expliqué les troubles de l'aphasie amnésique par une perturbation du comportement psychique fondamental, du « comporte-

ment catégorial ». L'atteinte de cette fonction a été invoquée également pour expliquer d'autres troubles rencontrés chez les aphasiques. L'auteur, élève de Goldstein, analyse les symptômes multiples présentés par une malade à la suite d'une attaque apoplectique : troubles de la parole, de la lecture, de l'écriture ; compréhension du langage, reproduction et épellation des mots, composition de lettres en mots, de mots en phrases, grammair et syntaxe, compréhension d'images, facultés de grouper des objets, des couleurs. Dans tous ces domaines, la malade donne des réponses exactes et des réponses erronées. Ces dernières montrent des analogies frappantes et peuvent être facilement expliquées par cette perturbation du « comportement catégorial » ou « symbolique » admise par Goldstein. Dès lors, on peut admettre qu'une seule lésion suffit pour produire tous les symptômes ; l'auteur la localise au niveau de la région insulaire en s'appuyant sur les travaux de Goldstein.

E. BAUER.

**Etudes graphologiques sur des blessés du cerveau. Modifications de l'écriture produites par des troubles circonscrits des fonctions cérébrales** (Handschriftenuntersuchungen au Hirnverletzten. Veränderungen der Schrift durch umschriebene Hirnfunktionsstörungen), par E. FEUCHTWANGER et H. ROMÁN-GOLDZIEHER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 1, 1934.

Chez un certain nombre de blessés de guerre, les auteurs ont étudié l'écriture avant la blessure, et l'écriture actuelle. Ils ont complété l'étude graphologique proprement dite, par celle de l'acte moteur graphique à l'aide d'un appareil enregistreur spécial : le graphodyne. Les épreuves d'écriture et les tracés graphodynamiques sont reproduits dans le texte.

Les sujets examinés ont été groupés en deux catégories : 1° les blessés de lobes frontaux ; leur écriture montre des modifications importantes dans ses éléments caractérolologiques, c'est-à-dire dans les qualités qui lui sont imprimées par l'affectivité et la volonté ; 2° les blessés des étages moyen et postérieur ; ici, en raison de la diversité des centres qui peuvent être atteints, on observe des altérations très variées de l'écriture, mais ses qualités caractérolologiques ne sont pas modifiées. Ce sont les modifications observées chez les blessés des lobes frontaux qui représentent le principal intérêt, à notre avis, de cette belle étude.

E. BAUER.

**Tumeur cérébrale (oligodendrogliome) ayant évolué cliniquement comme une encéphalite aiguë**, par Aug. LEY, Rod.-A. LEY et Ludo VAN BOGAERT (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1934).

Les oligodendrogliomes sont parmi les tumeurs rares du système nerveux central. On les observe le plus fréquemment dans les zones sous-corticales ou au niveau du cervelet. Elles sont très rares chez les adolescents et les enfants. Leur évolution est généralement lente, car elles ont tendance à se calcifier ; elles récidivent exceptionnellement et leur pronostic opératoire n'est pas particulièrement défavorable. L'observation rapportée fait exception, puisqu'elle a évolué avec des phénomènes simulant une encéphalite aiguë. Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans, chez laquelle le début a été marqué par une crise d'épilepsie jacksonienne : évolution

rapidement fébrile avec état sub-maniaque, hallucinations, apparition de phlyctènes aux membres inférieurs et coma terminal avec mort au 20<sup>e</sup> jour. Le liquide céphalo-rachidien présentait une glycorachie de 1 gr. sans hyperalbuminose ou éléments figurés, l'hémoculture était négative. A l'autopsie, « foyer hémorragique » du volume d'une cerise dans la région rolandique, en réalité nodule tumoral avec hémorragie récente non encore organisé. L'examen histologique impose le diagnostic d'oligodendrogliome, mais le tableau clinique et l'évolution ont été exceptionnels.

SENGÈS.

**Maladie de Pick** (Pickova choroba), par Vladimír HÁŠKOVEC. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*. T. XXXI, n° 2-3, pp. 42-72, février-mars 1934.

L'observation rapportée n'est qu'un épisode d'une histoire pathologique familiale. Nous trouvons l'hérédité similaire chez l'aïeule paternelle, un père alcoolique et dément; la mère atteinte de tremblement et d'hypertonie; les frères et les sœurs arriérés intellectuels et 2 suspects de maladie de Pick; le fils débile mental.

Les troubles ont commencé à 54 ans et ont duré 6 ans. Le cerveau était atrophié (850 grammes), surtout dans les zones superficielles des lobes frontaux, pariétaux et temporaux. Le processus fondamental est dégénératif et atrophique primitivement. Les cellules ganglionnaires paient un lourd tribut à la sclérose et les cellules satellites sont réduites au minimum.

L'auteur estime que la maladie de Pick est une forme clinique et anatomique assez caractérisée pour mériter son individualisation. Elle ne doit cependant pas être détachée du cadre des processus d'involution et hérédodégénératifs. Il prend ici la forme de Pick, comme il deviendra ailleurs maladie d'Alzheimer, ou encore de Parkinson, ou d'Huntington chez l'adulte. M. Hášovec propose d'englober toutes ces variétés sous le titre uniforme de « maladies de l'involution pathologique ».

P. CARRETTE.

**A propos de la maladie de Pick** (Concerning Pick's Disease), par Eugen KAHN et Lloyd J. THOMPSON. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 5, pp. 937-946, mars 1934.

De 1892 à 1901, Pick entreprit à Prague une série de recherches sur une forme particulière de démence artério-scléreuse. L'intérêt de cette étude réside dans l'essai de diagnostic précoce d'une forme clinique qui se rapproche rapidement au cours de l'évolution de la maladie décrite par Alzheimer. La phase initiale est caractérisée par une hyperactivité psycho-motrice. A la période d'état, les signes de localisation apparaissent avec la persévération et un ralentissement moteur avec ou sans hypertonie.

P. CARRETTE.

**Atrophie de Pick. Etude anatomo-clinique**, par J. LEY et J. TITECA, P. DIVRY et M. MOREAU. (*Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1934).

Histoire clinique détaillée et examen anatomo-pathologique d'un cas d'atrophie de Pick. Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic,

d'après les données purement cliniques, entre la maladie d'Alzheimer et l'atrophie de Pick. Ils font suivre leur observation de la description symptomatique et anatomo-pathologique de la maladie de Pick d'après les données de la littérature ; les données étiologiques et pathogéniques sont encore très incertaines et très discutées.

SENGÈS.

**Syndrome extra-pyramidal au cours d'une maladie de Pick**, par LUDO VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1934).

L'atrophie circonscrite de l'écorce cérébrale ou maladie de Pick a surtout été étudiée en Allemagne et en Hollande ; quelques observations ont été ultérieurement rapportées en France. L'auteur rapporte la première observation étudiée histologiquement dans son pays. Il s'agit d'une femme âgée de 52 ans sans antécédents pathologiques graves, ayant présenté une atteinte progressive du psychisme et du langage, sans troubles pyramidaux, avec petits mouvements choréo-athétosiques, vomissements et atrophie optique. Le diagnostic porté avait été celui de néoplasie diffuse de la zone temporo-pariétale gauche.

L'examen anatomo-pathologique montrait une atrophie des deux pôles frontaux, mais surtout une atrophie des lobes temporaux et les lésions cellulaires décrites par Alzheimer. Il y avait une atteinte assez étendue des noyaux gris centraux correspondant à l'agitation choréique de la face et des membres. Toutefois, on ne peut conclure formellement à l'existence de formes extra-pyramidales pures de la maladie au point de vue clinique étant donné le petit nombre d'observations de ce genre.

SENGÈS.

**La maladie de Pick (Die Pickische Krankheit)**, par H. KORBSCH. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1934, n° 31.

L'auteur étudie la clinique et l'anatomie pathologique de la maladie de Pick. Il la considère comme une affection hérédodégénérative, qui atteint de préférence des territoires cérébraux, phylogéniquement jeunes. Il insiste sur les difficultés du diagnostic différentiel, avec les démences séniles, présénile, artérioscléreuse, et en particulier, avec la maladie d'Alzheimer.

E. BAUER.

**Les narcolepsies (The Nareolepsies)**, par J. NOTKIN et Smith Ely JELLIFFE. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 4, pp. 733-737, janvier 1934.

Les narcolepsies sont étudiées par MM. Notkin et Jelliffe en rapport étroit avec les phénomènes convulsifs. Elles ont une allure paroxystique, sont précédées d'auras se renouvelant fréquemment suivant un type identique, s'accompagnent de manifestations hyperkinétiques, sont suivies d'états confusionnels. Parfois chez un même sujet, il y a intrication de crises épileptiques et nareoleptiques. On retrouve dans les deux groupes de sujets atteints de crises, une hérédité similaire. Il faut remonter à une étiologie profonde, encore inconnue, pour fixer la nature des phénomènes observés. Elle permettra sans doute d'identifier des troubles analogues physico-chimiques, sensorio-moteurs et psychopathiques.

P. CARRETTE.

**Considérations sur un centre nerveux infundibulaire régulateur de la fonction génitale**, par Mares CAHANE et Tationa CAHANE (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Mai 1934).

Les auteurs passent en revue les diverses phases par lesquelles est passée l'étude de la question des centres infundibulo-tubériens : 1° phase hypophysaire dans laquelle la région infundibulo-tubérienne est négligée et ignorée ; 2° phase dans laquelle Ascher, Camus et Roussy expérimentent sur la région et dissocient les fonctions hypophysaires et les fonctions nerveuses rattachées aux noyaux gris de la région infundibulo-tubérienne, enfin phase de synthèse dans laquelle la synergie fonctionnelle entre infundibulum et hypophyse est étudiée par R. Collin, Houssay, Leschke, Maranon, etc... Ils font la même revue historique pour le côté clinique et anatomopathologique de la question. Il existe dans la région infundibulaire un centre régulateur de la fonction génitale. L'obésité qui accompagne le plus souvent les troubles génitaux peut cependant être dissociée, ainsi que l'ont montré différents expérimentateurs. Roussy est d'avis que la lésion tubérienne qui est à la base du syndrome adiposo-génital intéresse deux centres, l'un intervient dans le métabolisme des lipides, l'autre dans le fonctionnement génital. Le mécanisme fonctionnel suggère des relations étroites avec l'hypophyse, surtout dans son lobe antérieur, mais le *primum movens* est le centre nerveux infundibulaire.

SENGÈS.

**L'exploration radiologique des cavités cérébrales (Indications et Techniques)**, par Paul NAYRAC. *L'Écho Médical du Nord*, 29 avril 1934.

M. Nayrac nous confie les résultats de son expérience dans la pratique de la ventriculographie. La réplétion ventriculaire provoque une hypertension liquidienne dont on évite les risques par une intervention immédiate et des évacuations répétées. Si rien ne permet d'affirmer l'existence de la tumeur, on a recours à l'encéphalographie par voie lombaire. L'auteur conseille d'augmenter à 10 ou 15 cm. la dose d'air injecté, d'abord fixée à 5 cm. par les premiers opérateurs et de laisser le patient au lit 24 heures avant et après l'intervention.

P. CARRETTE.

## PSYCHANALYSE

**Les paranoïas et la psychanalyse**, par le Dr Paul SCHIFF (Rapport à la 9<sup>e</sup> Conférence des psychanalystes de langue française. Paris, 2 février 1935).

Le Dr Schiff fait, ici, une confrontation de la psychanalyse et de la psychiatrie sur la question de la paranoïa, non pour opposer les deux doctrines, mais dans le but de les éclairer l'une par l'autre.

La *première partie* (psychiatrique) du rapport est consacrée à une rapide revue historique des doctrines qui ont eu cours depuis un siècle sur les délires de persécution et à un exposé sommaire de la doctrine classique actuelle. La psychanalyse aboutit à un regroupement nosographique de ces psychoses, mais ce regroupement se trouve amorcé par des travaux psychiatriques récents sur cette question, effectués en dehors de la psychana-



nalyse. L'auteur montre qu'en France, au cours d'un siècle, se fit un lent travail de discrimination clinique et de catégorisation progressive, qui aboutit, vers 1910, à la conception de Sérieux et Capgras sur les folies raisonnantes : la paranoïa est restreinte par ces auteurs à un groupe de rares malades dont la machinerie mentale est intacte, mais fonctionne à faux et qui ne sont ni des hallucinés ni même des revendicants. En Allemagne, durant la même période, des discussions sur l'étiologie psychique des diverses psychoses à base paranoïaque obscurcissent longtemps le problème ; mais finalement, Kräpelin, se ralliant aux idées françaises, décrit une paranoïa unique, à caractère intellectuel, qui correspond au délire d'interprétation de Sérieux-Capgras et qui constitue encore aujourd'hui la conception classique de cette psychose, ainsi fortement schématisée et restreinte.

Depuis 25 ans, l'opinion classique, qui ne considère dans la paranoïa que les phénomènes conscients, est battue en brèche par l'étude de l'inconscient et par celle du dynamisme affectif générateur de la psychose paranoïaque comme des autres maladies de l'esprit. L'intuition morbide, sur laquelle M. Schiff a insisté, en 1927, montre les forces profondes qui font agir les malades. L'action extérieure et l'automatisme mental ressentis par le sujet traduisent seuls en réalité une dénégation du sujet en présence de processus instinctifs qui le révoltent ; ces phénomènes constituent un véritable *syndrome de reniement*. Dans le cas de la paranoïa, le reniement affectif s'exerce avant tout à l'encontre de la communauté sociale, car c'est dans celle-ci, dans les vicissitudes de la vie sociale, que le paranoïaque puise les éléments de sa psychose. Le travail de ces vingt-cinq dernières années, avec Kretschmer, Claude, Hesnard, G. de Clérambault, Logre, a montré que les incidents sociaux, leur retentissement anormal sont à la base de la psychose, que celle-ci est créée au point de vue psychologique par une tension exagérée du contact social, pour parler comme le rapporteur. Ce qui importe dans le délire d'interprétation comme dans les psychoses connexes, c'est moins l'atteinte de l'intelligence, la présence plus ou moins prépondérante des illusions, des hallucinations « vraies » ou fausses, que le trouble générateur, que le *thème persécutif*. Estimant que la nosographie doit se faire autour de ce thème, M. Schiff propose de réunir en un seul groupe les « *folies persécutives* » délire d'interprétation de Sérieux et Capgras (paranoïa de Kräpelin), délires de revendication, de grandeur, de filiation et de supposition parentale, délires de jalousie, érotomanie, délires passionnels, paranoïa sensitive de Kretschmer, délires d'influence et d'action extérieure, certains délires hallucinatoires systématisés, certaines paraphrénies et la plupart des hypochondries. Les folies persécutives formeraient ainsi un groupe d'ensemble, dont les éléments sont bien étudiés et connus, et qui s'opposeraient aux folies maniaco-dépressives, et aux folies dissociatives du type de la démence précoce.

Dans la *deuxième partie* (psychanalytique), M. Schiff expose que la psychanalyse soutient et justifie le regroupement nécessaire auquel aboutit la conception énergétique des psychoses, qui est celle de l'époque actuelle, et montre à la base de toutes les « folies persécutives » la notion d'une homosexualité refoulée. Extraite des mémoires d'un aliéné (cas du président Schreber) par Freud, qui en reconnut intuitivement toute l'importance, cette notion de l'homosexualité basale de la paranoïa est à retenir ;

elle est facile à vérifier par la clinique quotidienne comme dans la bibliographie clinique ancienne, car la maladie consiste justement dans l'irruption jusqu'à la conscience du complexe à peine larvé et sous forme d'une double négation. Le refus par le sujet d'admettre la possibilité d'aimer un être du même sexe que lui entraîne en retour la croyance que les autres êtres le haïssent : dans la paranoïa plus que dans toute autre psychose joue le mécanisme freudien de la *projection*. Les travaux de l'école hollandaise de Jellgersma ont tenté de fournir une explication de ces faits de projection homosexuelle, en montrant les rapports entre l'idée de persécution et les phénomènes de cette sexualité passive que la psychanalyse englobe dans le terme d'analité.

Pour expliquer les phénomènes de régression psychique, M. Schiff décrit les divers stades du développement libidinal. La clinique psychanalytique de la paranoïa montre dans ces cas un retour à un stade libidinal primitif, le stade sadique-anal, où les instincts d'agression, de destruction et de mort se donnent carrière, et un stade libidinal ultérieur, dit stade phallique, où, pour l'auteur, se situe principalement le masochisme et où jouent particulièrement les fixations homosexuelles et incestueuses. L'étude psychanalytique de la paranoïa montre le rôle important joué dans cette psychose par le caractère dit « anal » (Freud, Abraham), et par l'association homosexualité-inceste.

En conclusion, M. Schiff reprend un à un les éléments du groupe des « folies persécutives » défini dans la première partie de son travail et dégage dans chacun d'eux la part respective à attribuer aux divers facteurs psychanalytiques qu'il a énumérés dans la seconde partie. Il insiste sur les associations cliniques que les symptômes à caractère psychanalytique permettent de constater dans les diverses « folies persécutives » et termine par des considérations médico-légales et thérapeutiques.

J. LEUBA.

## THÉRAPEUTIQUE

Un cas de paludisme autochtone au voisinage de Maison Blanche, par René MARTIN, CHASSIGNEUX et ROUESSÉ, (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 15 mai 1934).

Faisant état d'un cas de paludisme autochtone dont la source, d'après les auteurs, pouvait être attribuée à un paralytique général inpaludé, de l'asile de Maison-Blanche, les auteurs soulèvent à cette occasion, la question des garanties et du contrôle dont doit être entourée, d'après eux, la malaria-thérapie dans les Asiles d'aliénés ou la surveillance des malades inpaludés et internés. Notons cependant que le mode de contamination, dans l'observation rapportée, n'est qu'une hypothèse « jusqu'à un certain point confirmée par le fait que l'impaludation des paralytiques généraux se fait avec du *Plasmodium vivax* et que chez leur malade, il s'agissait également de *Plasmodium vivax* ». D'une façon plus générale, les auteurs admettent la rareté des cas de contamination légitime dérivant du paludisme inoculé à des paralytiques généraux. Devant la rareté des cas relatés, on peut dire que la conclusion de Wagner Jauregg, « le paludisme inoculé ne crée pas l'endémie » reste vrai dans la majorité des cas. Cependant, comme on a démontré expérimentalement que le paludisme inoculé

peut se transmettre par l'anophèle, « l'observation recueillie semble venir confirmer ce que l'expérience permettait de prévoir ». Les auteurs s'appuient donc sur une base plus théorique que démontrée, en ce qui concerne le cas rapporté, pour dénoncer le danger que pourrait présenter, durant les mois d'été l'hospitalisation des paralytiques généraux impaludés, dans les asiles ruraux. Il y aurait intérêt « à garder les malades impaludés dans des établissements loin des anophèles qui sont des insectes essentiellement ruraux ». M. Marchoux présente quelques observations sur la manière dont serait parfois pratiquée et contrôlée la malariathérapie dans les asiles d'aliénés et il propose en conclusion à l'Académie, de renouveler le vœu qu'elle a déjà formulé : « que l'impaludation ne puisse être faite que dans des établissements urbains et par des spécialistes en malarialogie auxquels soient confiés l'impaludation, la surveillance et le traitement des accès ». L'Académie décida de renvoyer les conclusions de M. Marchoux à la Commission des Centres de Malariathérapie.

SENGÈS.

**Rapport sur les Centres de Malariathérapie**, présenté au nom d'une Commission composée de MARIE, SOUQUES, DOPTER, BRUMPT, CLAUDE et MARCHOUX, rapporteur (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Séance du 26 juin 1934).

M. Marchoux, tout en admettant qu'il n'est pas rigoureusement démontré, que le cas de paludisme autochtone signalé à l'Académie, soit dû à la contagion par l'intermédiaire d'un paralytique général impaludé à Maison Blanche, ainsi que cela découle des renseignements fournis par les médecins de l'établissement, estime qu'il suffit, pour que la contagion soit possible, de la présence d'anophèles à proximité ou dans l'établissement. Il renouvelle ses critiques sur la manière dont serait pratiquée et surtout surveillée l'impaludation dans certains cas. Les psychiatres « manquent généralement de laboratoires et n'ont point à côté d'eux un biologiste spécialisé pour suivre l'éclosion, la marche et la suppression après traitement de la maladie inoculée ». Il est donc indispensable qu'intervienne au plus tôt une réglementation, pour fixer le nombre et l'emplacement des centres de malariathérapie, leur organisation et leur rôle ». Dans les asiles, il est indispensable que les impaludés soient maintenus dans des salles grillagées inaccessibles aux moustiques. Au nom de la Commission, M. Marchoux propose à l'Académie de renouveler et de compléter le vœu qu'elle a déjà émis le 7 mai 1929. Des propositions énumérées, il découle que l'impaludation ne pourrait être faite que dans des Centres de Malariathérapie situés dans des villes où existe une Faculté de Médecine. Ces centres comporteraient la collaboration d'un psychiatre et d'un biologiste auquel sera uniquement confié le soin d'impaluder les malades, de suivre et d'arrêter l'infection malarique, d'effectuer les examens cliniques, microscopiques et cliniques avant de rendre le malade à la vie civile ou de l'évacuer dans un autre établissement.

Saisie à son tour de la question, la Société Médico-psychologique a rédigé dans la séance du 12 juillet un vœu qui a été transmis au ministre de la Santé publique. Dans ce vœu, la Société rappelle qu'il n'est pas démontré que le cas de paludisme autochtone signalé à l'Académie de Médecine soit le résultat d'une contagion par l'intermédiaire d'un paralytique général interné à Maison-Blanche, de nombreux porteurs d'hématozoaires existant en France à côté des paralytiques impaludés. Elle estime, d'autre part, que les

neuro-psychiatres qui ont pris l'initiative de l'impaludation sans soutien officiel et sans surcroît de dépenses, doivent diriger le traitement, les autres spécialistes devant rester des conseillers techniques. (*Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1934, page 421).

SENGÈS.

**Centres de Malariathérapie** (Centros de malariatherapia), par Manuel-M. CABEZA. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*. Année II, n° 3, pp. 43-54. mars 1934.

L'auteur développe d'abord l'utilité de la malariathérapie : comme prophylaxie des accidents nerveux de la syphilis, comme traitement de la paralysie générale. La création de centres spéciaux ne peut qu'aider à la lutte contre les psychoses. M. Cabeza préconise leur création à la Clinique de la Capitale fédérale, dans les autres cliniques des capitales du Sud et à l'Asile d'Oliva.

P. CARRETTE.

**Dix ans de malariathérapie de la Paralysie générale** (Ein Dezennium Malaria-behandlung der progressiven Paralyse), par M. WEBER. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1934, 33.

Au cours des 10 années écoulées, 242 paralytiques généraux ont été impaludés. Les résultats ont été les suivants : 42 « bonnes » rémissions, 39 rémissions moins bonnes. Mais, parmi les 42 malades de la 1<sup>re</sup> catégorie, 21 seulement ont pu reprendre, sans inconvénient, leurs occupations antérieures ; d'ailleurs, la guérison sans séquelles, la *restitutio ad integrum*, est très rare. La durée des rémissions observées a varié entre 3 mois et 10 ans. La moitié environ des cas, améliorés par la malariathérapie, ont été traités dès le début de la maladie, c'est-à-dire pendant les premiers 3 mois.

E. BAUER.

**Technique de la cure malarique de la paralysie générale à la clinique de neuropsychiatrie de Vienne**, par HUMANN. *Le Progrès Médical*, n° 12, pp. 513-520, 24 mars 1934.

La malariathérapie de la paralysie générale suscite encore des critiques et des réserves. Il n'est pas sans intérêt de se retourner aujourd'hui vers la clinique viennoise, dépositaire de la technique de Wagner-Jauregg, pour savoir comment les idées y ont évolué depuis la tentative originelle. M. Humann a voulu bénéficier de ses enseignements. L'impaludation dans les affections mentales est toujours en grande faveur à Vienne. Les contre-indications sont rares. Quand des complications sont observées, — tuberculose pulmonaire, sclérose vasculaire, insuffisance cardio-rénale, — on tend à pratiquer l'opération en 2 temps. Après 2 à 4 accès fébriles, on interrompt par la quinine pour traiter par l'arsenic pendant 6 semaines. Après quoi on réinocule. Parfois on stimule le départ des accès par des injections de nucléinate de soude. Les psychoses secondaires ont paru à M. Humann plutôt liées au fait de la paralysie générale qu'à celui de la malaria. L'apparition de lésions cutanées tertiaires est considérée comme une réaction allergique. Enfin la cause de la malaria prophylactique progresse. M. Kryle conseille de l'intercaler dans les cures arsenicales chez les syphilitiques qui ont des réactions positives du liquide céphalo-rachidien.

P. CARRETTE.

**Malariathérapie des psychoses non luétiques** (Malarioterapia nas Psicoses nao Lueticas), par Waldemiro PIRES. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, 17<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 1-6, janvier-février 1934.

Les essais de malariathérapie de l'épilepsie, des états d'agitation maniaque ou catatonique se multiplient. M. Pires a observé des résultats encourageants par d'autres procédés pyrétothérapiques, la sulfosine par exemple ; par les absès de fixation. Il conseille de réserver la malaria pour le traitement des psychoses syphilitiques.

P. CARRETTE.

**Pyrothérapie et affections du système nerveux**, par Henri ROGER (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1934).

Indications de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie, ses effets biologiques sur l'organisme, la réorganisation des lésions spécifiques, les résultats (rémissions complètes et rémissions incomplètes). Les autres méthodes pyrétogènes (fièvre récurrente, vaccins, tuberculine, protéines microbiennes, méthodes chimiques, procédés physiques par les ondes courtes). Ces procédés sont moins efficaces et doivent céder le pas, quand on le peut, à l'impaludation surveillée, et complétée par le stovarsol. L'auteur passe ensuite en revue les autres maladies ou affections qui ont fait l'objet de la cure pyrétogène : tabès ou atrophie optique. La méthode aurait plus de valeur pour la *prévention de la syphilis nerveuse*, par la recherche des syphilis nerveuses latentes et la prophylaxie du tabès ou de la paralysie générale. La méthode a été appliquée à quelques maladies nerveuses non syphilitiques (syndrome parkinsonien, sclérose en plaques), enfin à quelques maladies mentales, *démence précoce*, psychose maniaco-dépressive avec des résultats incertains. L'indication essentielle de la malariathérapie est la paralysie générale.

SENGÈS.

**Étude des effets de la fièvre provoquée par le Pyrifer, modifiée par l'administration d'antipyrétiques** (Über die Wirkung des durch Antipyretica beeinflussten Pyriferfiebers), par R. WYRSCH et O. BRUNS. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1934, fasc. 52.

La pyrétothérapie par le Pyrifer, combinaison de pyrétothérapie vaccinale et nucléinique, donne d'excellents résultats dans la syphilis du névraxe, le tabès, les affections rhumatismales. Les auteurs ont étudié les modifications sanguines et le métabolisme basal au cours des accès fébriles. La réaction leucocytaire traverse successivement les phases de leucopénie, myélocytose, lymphocytose. Le métabolisme basal subit une augmentation de 33,6 p. 100 en moyenne. L'administration d'antipyrétiques divers, tout en atténuant la fièvre et en soulageant les troubles subjectifs souvent péniblement supportés par les malades, n'a pas modifié la réaction sanguine et est resté sans influence appréciable sur l'augmentation du métabolisme basal. Les résultats thérapeutiques de la cure fébrile ont été aussi excellents en associant la médication antipyrétique qu'en s'en abstenant.

E. BAUER.

Les voies de l'intervention thérapeutique dans la schizophrénie, par M<sup>me</sup> A.-M. KOULAKOWA et L.-A. FELDMAN *Sovietskaia nevroptatologia, psyciatra i psycoguguiena*, T. III, fasc. 4, 1934).

Les efforts thérapeutiques dans la schizophrénie doivent tendre vers le rétablissement du contact affectif et émotionnel des malades. Leur profession antérieure est un des principaux facteurs du rétablissement de ce contact. Le travail collectif envisagé dans ses formes les plus variées réalise les meilleurs résultats. Le refus obstiné des malades de se laisser employer dans leur profession est un indice de pronostic sévère. L'organisation du travail thérapeutique demande une étude approfondie et pose des problèmes nouveaux qui demandent une solution pratique.

FRIBOURG-BLANC.

Mes premiers résultats du traitement de la schizophrénie par le sang placentaire (Meine ersten Ergebnisse der Behandlung von Schizophrenien mit Plazentablut), par I. SUSMANN GALANT (de Leningrad). *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1934, n° 20.

L'auteur a appliqué sa méthode d'injection de sang placentaire chez 37 malades atteints de différentes formes cliniques de schizophrénies. Chaque malade a reçu 15 injections, à doses progressivement croissantes, allant de 4 à 10 cm<sup>3</sup>. Les injections espacées de 2 à 3 jours sont préférables aux injections quotidiennes. Les résultats obtenus sont les suivants : 9 rémissions, 20 améliorations, 8 cas sans résultat. En outre de l'action sur l'état mental, il y a lieu de signaler les effets bienfaisants du traitement hémoplacentaire sur l'état somatique des malades.

E. BAUER.

Le traitement par le manganèse des états schizophréniques (The Manganese Treatment of « Schizophrenic Disorders »), par R.-G. HOSKINS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 79, n° 1, pp. 59-62, janvier 1934.

Le traitement des états schizophréniques par les sels de manganèse a fait l'objet de récents travaux. Les opinions sont contradictoires ; quelques-unes sont nettement favorables. L'auteur a essayé le chlorure de manganèse par voie buccale et des injections intramusculaires de préparations colloïdales de manganèse à 0,32 0/0 pendant 45 jours. Sa conclusion est formelle : aucun résultat valable n'a été obtenu et l'auteur attribue ceux qu'il mentionne à une involontaire psychothérapie.

P. CARRETTE.

Le traitement de la schizophrénie dans la période évolutive (El tratamiento de la esquizofrenia en el período procesal), par Luis VALENCIANO. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVII, nos 12 et 13, pp. 314-324, 344-350, 24 et 31 mars 1934.

La schizophrénie est considérée par M. Valenciano comme un syndrome organique comprenant un processus évolutif suivi d'un état d'allure chronique, pendant lequel les séquelles de l'affection primitive entretiennent une désorganisation progressive de la personnalité. La thérapeutique diffère suivant les phases. Les possibilités de la période aiguë sont beaucoup plus

vastes que celles de la phase d'organisation et de déficit. L'auteur estime que les diverses méthodes, partant de théories étiologiques incertaines, ne sauraient avoir de valeur réelle prises isolément. Il demande d'associer trois types de traitement : 1. Le premier, organique, comprend les fièvres artificielles, les médications antitoxiques et anti-infectieuses ; 2. Le traitement sédatif, dont on a parfois poussé la réalisation jusqu'au sommeil prolongé (cure de Klaesi) ; 3. La psychothérapie sous forme de large analyse avec essais de réadaptation à l'activité et au milieu. Cette dernière partie de la cure se poursuit surtout au cours de la phase chronique avec l'emploi des toniques. Elle ne doit pas relâcher son activité malgré le handicap initial et le médecin doit se souvenir qu'un accès aigu survient souvent chez un sujet schizoïde. L'idéal du thérapeute n'est pas alors limité au rétablissement de la personnalité prépsychotique, mais il tend à diriger le sujet vers un comportement social plus normal.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude des accidents nerveux de la chrysothérapie. Syndrome douloureux, anxieux et insomniaque avec présence de secousses fibrillaires à peu près généralisées**, par J.-A. CHAVANY et A. CHAIGNOT. *La Presse Médicale*, n° 24, pp. 478-480, 24 mars 1934.

Les traitements par les sels d'or provoquent parfois des accidents nerveux que MM. Chavany et Chaignot tendent à expliquer par la théorie du biotropisme et dont la symptomatologie paraît relever de phénomènes irritatifs. Signalons l'hyperesthésie pénible, diffuse, les secousses fibrillaires, l'hypersudation des extrémités, l'anxiété vespérale et nocturne. Le syndrome neurologique objectif est, pour le reste, bénin et variable.

P. CARRETTE.

**Argentothérapie par voie rachidienne dans la Chorée de Sydenham** (Argentoterapia par via Raquiana na Coréa de Sydenham), par A. BORGES FORTES et Mme Eurydice de MAGALHÃES. *Arquivos Brasileiros de Neurolatria e Psiquiatria* 17<sup>e</sup> année, n° 1, pp. 7-15, janvier-février 1934.

La technique préconisée est la suivante : on pratique la ponction lombaire pour évacuer une quantité de liquide variant avec la tension ; on injecte 2,5 à 3 cm<sup>3</sup> d'électrargol isotonisé, très lentement ; on injecte ensuite 2 cgrs. de luminal. L'intervention peut être renouvelée une semaine plus tard. L'effet de ce traitement serait des plus satisfaisants. En moins de 15 jours, la grosse majorité des cas de chorée aiguë infantile fut nettement améliorée. Les réactions sont assez vives, mais sans gravité. En quelques heures, les signes cliniques et biologiques d'une méningite aseptique exudative font leur apparition pour évoluer très rapidement, sans accidents et sans séquelles.

P. CARRETTE.

**Le traitement de l'épilepsie avec les sels de Bore**, par Th. BOVET. *L'Avenir Médical*. XXXI<sup>e</sup> année, n° 3, pp. 78-87, mars 1934.

M. Bovet a exécuté son travail à l'Asile suisse pour épileptiques de Zurich. Il a recours au tartrate borico-sodique (Borosodine), — secondairement au sel potassique, — à la dose de 6 à 10 grammes par jour. Le borax et l'acide borique sont plus toxiques et moins efficaces. L'effet est parfois rapide, tarde

souvent 1 ou 2 semaines. Il est inutile de persévérer en cas d'échec persistant 2 mois. Les sels de bore sont à essayer quand les traitements chimiques classiques (barbituriques et bromures) n'ont pas réussi. Les cures combinées peuvent donner pleine satisfaction.

Pour M. Boret, les succès ne dépassent guère 1/3 des cas traités. Il faut savoir choisir les cas. Les malades de type schizoïde et asthénique sont les plus sensibles. Peu de troubles secondaires sont à redouter : rares exanthèmes, obnubilation. Le mécanisme de l'action du bore paraît consister dans une élévation du métabolisme de l'eau, une dissociation de graisses et d'albumines, peut-être des tendances acidosiques.

P. CARRETTE.

**Études sur la thérapeutique endocrinienne dans l'épilepsie** (Studies in Endocrine Therapy in Epilepsy), par Calvert STEIN. 89<sup>e</sup> *Meeting Annual de l'American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 4, pp. 739-760, janvier 1934.

L'épilepsie s'accompagne de perturbations biologiques réalisées également par certaines dysendocrinies. Une thérapeutique qui s'inspirerait uniquement de la correction de ces troubles n'est pas valable pour les états comitiaux. Tout au plus pourrait-elle servir d'adjutant aux médications courantes par le rétablissement du métabolisme basal normal grâce à la thyroïde, de la tension artérielle au moyen de la surrénale, des fonctions digestives et de la nutrition par l'administration d'hypophyse. Seul l'ovaire a pu dans certains cas jouer un rôle épileptogène direct par hyperfonctionnement. Cette notion incite à une certaine prudence dans le traitement endocrinien qui se résume dans la majorité des cas en des essais polyglandulaires avec des doses variables de thyroïde, de pituitaire et de surrénale.

P. CARRETTE.

**La thérapeutique moderne des myopathies**, par A. RAVINA. *La Presse Médicale*, n° 24, pp. 480-483, 24 mars 1934.

Les myopathies authentiques, primitives, seraient liées à un trouble profond du métabolisme de la créatine, produit de synthèse formés aux dépens du glycocolle. On en administre 15 à 20 grammes chaque jour, pendant des mois, pendant des années même et, assez souvent, les résultats sont favorables. Détail important, le médicament coûte au moins 2 fr. 50 le gramme.

P. CARRETTE.

**Formes cliniques et traitement des algies de la face**, par Paul NAYRAC. *L'Écho Médical du Nord*, 29 avril 1934.

Deux grandes formes d'algies faciales sont rencontrées par le clinicien : la névralgie du trijumeau, paroxystique, sans étiologie locale connue, justiciable de l'alcoolisation pratiquée en différents points d'élection et la sympathalgie faciale avec sa douleur constante, mal limitée, d'origine traumatique, dentaire, syphilitique ou tumorale, curable par les traitements étiologiques associés aux sédatifs, surtout à la cocaïnisation sphéno-palatine. M. Nayrac termine par un mot sur les psychalgies faciales, manifestation, d'ailleurs rare à l'état pur, des cœnestalgies et des spasmes observés dans l'hypocondrie.

P. CARRETTE.



**A propos de l'action du venin de cobra dans le traitement des algies et des tumeurs,** par A. ORTICONI. *La Presse Médicale*, n° 6, pp. 112-114, 20 janvier 1934.

« Le venin de cobra possède, dit M. Orticoni, un pouvoir analgésique très puissant. » Chez les cancéreux inopérables présentant des douleurs intolérables, il suffit d'injecter sous la peau, tous les 8 ou 10 jours, 1/10 de mmgr. de venin pour obtenir une réactivation suivie de sédation prolongée et d'autant plus marquée qu'on pratique l'injection plus près du siège de la douleur. Les toxines des venins ont une affinité spéciale pour le tissu nerveux. Elles agissent non seulement sur les éléments sensitifs, mais aussi sur l'état général et créent une sorte d'antagonisme vis-à-vis de l'intoxication tumorale.

P. CARRETTE.

**Le traitement chirurgical des contractures et des crises jacksoniennes post-apoplectiques,** par G. de MORSIER et R. FISCHER. *La Presse Médicale*, n° 2, pp. 19-20, 6 janvier 1934.

La trépanation chez les malades atteints de crises jacksoniennes se justifie à la suite des paralysies par ramollissement. La pathogénie des accès épileptiformes est alors assez constante : dans la région du foyer athéromateux, l'œdème cérébro-méningé se développe et l'incision des méninges laisse écouler une certaine quantité de liquide. L'observation de MM. de Morsier et Fischer est probante. Le malade atteint d'hémiplégie droite avec aphasie depuis un an fut libéré de ses crises jacksoniennes après trépanation ; sa contracture diminua à tel point qu'il cessa d'être grabataire et l'on constata en outre une diminution sensible des troubles de la parole. Ce nouveau document confirme l'observation recueillie par MM. Jentzer et de Morsier en 1932 et tend à établir la réalité d'un œdème réactionnel autour des foyers cérébraux d'origine vasculaire dont l'importance anatomo-clinique peut décider des mesures thérapeutiques.

P. CARRETTE.

**Traitement chirurgical des tumeurs cérébrales,** par J. ARCE et M. BALADO (*Archivos argentinos de neurologia*, Tome X, n° 3, mars 1934).

Les auteurs ont opéré, à la clinique chirurgicale de Buenos-Aires, 135 tumeurs de l'encéphale. La mortalité opératoire globale fut de 20,5 pour cent, chiffres comprenant la mortalité immédiate et éloignée. On peut espérer que dans un avenir prochain, le pourcentage de la mortalité diminuera en raison de la plus grande précocité du diagnostic, de la localisation précise de la tumeur au moyen de la ventriculographie par l'air ou par l'huile iodée, de l'emploi de l'anesthésie locale et d'instruments actionnés par l'énergie électrique dans la pratique de la trépanation, de l'utilisation de l'électrotomie et de l'électrocoagulation pour l'hémostase du tissu nerveux normal ou celle des néoplasmes. Dernièrement, les auteurs ont pu opérer 11 cas de tumeurs du troisième ventricule et ils rapportent une nouvelle voie opératoire d'abord, à travers les corps calleux.

LAUZIER.

**Compression de la moelle par tumeur juxta-médullaire énucléable et syphilis du névraxe**, par J.-A. CHAVANY. *La Presse Médicale*, n° 28, pp. 569-570, 7 avril 1934.

De l'observation de M. Chavany, il faut retenir cette notion pratique : quand un syndrome médullaire faisant songer à un état infectieux ou syphilitique est dominé par des signes de blocage, il est vain de s'attarder à appliquer des traitements fatalement inefficaces. Il faut pratiquer la laminectomie qui, avec les progrès de la neuro-chirurgie, est devenue une intervention sans dangers et capable de donner de brillants succès.

P. CARRETTE.

**La radiothérapie et le traitement chirurgical des compressions médullaires**, par J. HAGUENAU. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 2, pp. 33-43, 31 janvier 1934.

La thérapeutique effective des compressions médullaires est une acquisition récente. En dehors du mal de Pott dont le traitement pourrait faire l'objet d'une étude spéciale, les variétés de tumeurs extramédullaires, diagnostiquées précocement, sont aujourd'hui justiciables d'interventions d'une efficacité certaine. M. Haguenau indique d'abord les services que rend la radiothérapie profonde dans les gliomes intra-médullaires, à condition d'étendre son action à une partie importante de la moelle. Les tumeurs juxta-médullaires sont généralement peu radiosensibles. Le chirurgien doit donc intervenir sans perdre de temps. La laminectomie est devenue une opération sans grands risques pratiquée par un spécialiste très expérimenté. On intervient avec succès pour les kystes hydatiques rachidiens, dans les spondylites infectieuses. On n'hésite même pas à enlever une tumeur intramédullaire si elle est nettement limitée. Les statistiques opératoires sont très belles et d'autant plus satisfaisantes qu'il s'agit toujours d'affections qui, livrées à leur évolution naturelle, sont rapidement mortelles.

P. CARRETTE.

**Röntgenthérapie de l'hyperthyroïdisme** (Röntgenterapia del hipertiroïdismo), par Martin MIRANDA GALLINO. 1<sup>er</sup> Congrès de la *Société Argentine d'Electro-Radiologie Médicale*, Buenos Aires, 20-21 novembre 1933. *La Semana Médica*, n° 2090, pp. 344-364, 1<sup>er</sup> février 1934.

Dans les états hyperthyroïdiens, la röntgenthérapie donne à M. Miranda Gallino près de 70 % de résultats excellents et 20 % d'améliorations notables. Pour les 10 % qui restent, il est inexact de dire que le traitement chirurgical est devenu inutilisable. Les rayons Röntgen ne s'opposent pas à l'intervention sanglante ultérieure. On en arrivera bientôt à juger avec précision les cas rebelles. Il est évident que dans les formes aiguës hypertyroïdiques, il faut supprimer rapidement la source du mal. Quand il y a menace d'accidents cardiaques graves, quand la tumeur est volumineuse et exerce des compressions des voies respiratoires, quand la maladie de Basedow n'est qu'un élément d'un syndrome endocrinien complexe, d'autres formes thérapeutiques doivent être mises en œuvre, mais ces circonstances sont rares. Dans le goitre exophtalmique avec troubles du métabolisme basal tel qu'on l'observe dans la grande majorité des cas, c'est à la Röntgenthérapie qu'il faut recourir avant de songer à la chirurgie, quand les moyens médicaux plus simples sont inefficaces.

P. CARRETTE.

**Technique de la Röntgenthérapie dans l'hyperthyroïdisme** (Técnica de la röntgenterapia en el hipertiroidismo), par Martin MIRANDA GALLINO et Federico VIERHELLER. 1<sup>er</sup> Congrès de la *Société Argentine d'Electro-Radiologie Médicale*, Buenos Aires, 20-21 novembre 1933. *La Semana Médica*, n° 2090, pp. 364-366, 1<sup>er</sup> février 1934.

A la radiothérapie superficielle avec grandes longueurs d'onde on a substitué peu à peu la radiothérapie profonde avec des radiations plus pénétrantes et plus filtrées. Dans la question du traitement des états hyperthyroïdiens, le problème technique a pris la première place. On s'est rapidement rendu compte que les trois facteurs : tension, pénétration et filtrage pouvaient s'équilibrer de telle manière que des résultats théoriques identiques étaient obtenus en faisant varier leurs proportions. L'application pratique devenait une question de convenance clinique et biologique d'après l'intensité des symptômes, la résistance cutanée, l'état général. Cette souplesse de la Röntgenthérapie explique le succès de ses applications actuelles.

P. CARRETTE.

**Röntgenthérapie de l'hyperthyroïdisme. Conceptions générales** (Röntgenterapia del hipertiroidismo ; conceptos generales), par Eduardo L. LANARI et José GUTIÉRREZ. 1<sup>er</sup> Congrès de la *Société Argentine d'Electro-Radiologie Médicale* ; Buenos-Aires, 20-21 novembre 1933. *La Semana Médica*, n° 2090, pp. 336-343, 1<sup>er</sup> février 1934.

Les auteurs estiment que la radiothérapie profonde pluriglandulaire est le procédé de choix de la cure de l'hyperthyroïdisme pour les raisons suivantes : taux élevé des guérisons obtenues, taux qui s'accroît chaque année avec les progrès techniques ; absence de cas d'aggravations et d'accidents graves ou mortels ; pas de risques de myxœdème secondaire ; facilité du traitement, qui n'est pas douloureux et ne condamne pas le malade à l'inaction. La rapidité des résultats est très variable. Les séances étant espacées d'un minimum de 20 jours et certains sujets ayant subi 12 et même 15 séances, on comprend pourquoi les praticiens ou les malades manquant de persévérance enregistrent de fréquents échecs. A l'irradiation du cou, MM. Lanari et Gutiérrez associent généralement celle des ovaires et même des capsules surrénales.

P. CARRETTE.

**Electrothérapie de l'hyperthyroïdisme** (Electroterapia del hipertiroidismo), par Alberto MARQUE. 1<sup>er</sup> Congrès de la *Société Argentine d'Electro-Radiologie Médicale*, Buenos-Aires, 20-21 novembre 1933. *La Semana Médica*, n° 2090, pp. 331-336, 1<sup>er</sup> février 1934.

Le goitre exophtalmique avec métabolisme basal anormal et petits signes d'hyperthyroïdisme est justiciable de l'électrothérapie, non comme méthode curative, mais comme moyen de supprimer un certain nombre de manifestations pénibles qui relèvent de l'irritabilité neuro-végétative. M. Marque signale les bienfaits de la faradisation. Généralisée, elle agit sur le système artériel périphérique. Localisée, elle limite l'éréthisme vasculaire du cou ; appliquée sur l'orbiculaire, elle combat l'exophtalmie, sur la région précordiale elle atténue tachycardie et palpitations. On a appliqué égale-

ment avec succès la galvanisation, les courants de haute fréquence. Il n'y a pas de traitement exclusif et radical de l'hyperthyroïdisme ; le médecin doit savoir utiliser suivant les cas les procédés dont nous disposons : chimiques, radiothérapiques, psychologiques, chirurgicaux et l'électrothérapie rend assez de services dans la maladie de Basedow pour ne pas être oubliée.

P. CARRETTE.

## MÉDECINE LÉGALE

**L'expertise psychiatrique**, par André CEILLIER. *Le Progrès Médical*, n° 4, pp. 145-149, 27 janvier 1934.

M. Ceillier s'est proposé de donner quelques conseils aux experts. Il rappelle que l'expert doit répondre aux questions posées dans les termes même employés, se défier de toute interprétation personnelle sur le terrain judiciaire, ne pas faire intervenir l'aggravation ou l'atténuation de la peine à propos des anomalies psychiques qu'il constate. Pour M. Ceillier « l'expertise contradictoire est contraire à tous les principes médicaux et scientifiques ». Pourquoi ? — Parce qu'elle « apporterait des complications considérables et sans aucun effet pratique ».

P. CARRETTE.

**La prophylaxie du crime. Comment on devient Gangster** (*The Prevention of Crime. The Gangster in the Making*), par L. VERNON BRIGGS. Fall Meeting de la *New-England Society of Psychiatry* au Butler Hospital, Providence (Rhode Island), 6 octobre 1933, in *New-England Journal of Medicine*. T. CCX, n° 18. pp. 955-959, 3 mai 1934.

L'hygiène mentale, dans ses organisations les plus modernes, s'intéresse vivement au sort des criminels et tout particulièrement à la rééducation, à la réadaptation des jeunes dévoyés. La prophylaxie doit s'adresser à des sources plus profondes. Rendre à la société des individus nuisibles est plus aléatoire, plus dangereux que maintenir dans la bonne voie les jeunes gens arrivés à la fin de la vie scolaire. La criminalité infantile et juvénile se développe avec une rapidité inquiétante. L'auteur cite des observations édifiantes. Il ne doute pas de l'influence néfaste primordiale des mauvais exemples. Beaucoup de jeunes criminels recherchent dans la pratique du crime un entraînement, une émotion tout d'abord éloignés des soucis de profit matériel immédiat. Pour ceux qui ont été emprisonnés après une première infraction aux lois, la promiscuité des maisons de répression joue son rôle de suggestion malsaine ; l'exemple des aînés et le prosélytisme inspirent aux débutants le désir de récidive et de progression dans le mal. Pour ceux qui n'ont pas commis de délits, qui se signalent par l'aboulie, la paresse, le désarroi psychique, trois grandes sources d'exemples pernicieux sont à craindre : le cinématographe, la radiophonie et la presse. M. Vernon Briggs demande que ces éléments de propagande, dont l'influence sur la vie moderne est énorme, soient contrôlés, expurgés, que les jeunes gens à l'école soient guidés, interrogés sur les buts de leur activité future. Chaque enfant doit posséder à l'expiration de la période scolaire un dossier renseignant sur son ambiance familiale, sa vocation, ses tendances, ses besoins et ses possibilités.

P. CARRETTE.

**La Névrose traumatique et son appréciation médico-légale au point de vue de l'indemnisation**, par N. PRÄGER (*Nowiny Psychjatryczne*, T. XI, fasc. 1 et 2, 1934).

La fréquence croissante de névroses traumatiques est la conséquence des conditions sociales et économiques qui accompagnent les progrès de l'industrie. Cependant, l'origine psychique de ces névroses est indiscutable, seul leur mécanisme peut être discuté. L'épuisement des forces psychiques de l'ouvrier apparaît comme cause primordiale des névroses, elle est soulignée par l'incertitude de l'avenir et les difficultés de trouver du travail. La tendance au parasitisme social est exceptionnelle. La névrose commence en général aussitôt après l'accident. Le choc émotif, les réactions neuro-végétatives et les diverses sensations subjectives en sont les éléments primordiaux. Ils subissent par la suite, de la part du malade, une reconstruction névrotique. Il faut distinguer ces facteurs des lésions commotionnelles de l'encéphale. La législation ne résout pas la question des névroses traumatiques. Les examens devraient être pratiqués exclusivement dans des établissements spécialisés, dirigés par des spécialistes.

FRIBOURG-BLANC.

**Considérations médico-légales sur le shock** (Some Medico-Legal Aspects of Shock), par Bernard SPILSBURY. *The Médico-Legal and Criminological Review*. T. II, n° 1, pp. 1-13, janvier 1934.

La mort par inhibition pose un problème médico-légal difficile. Le fait existe, mais ne peut être affirmé qu'après un examen anatomique sérieux. Que se passe-t-il exactement ? Il semble que les régions réflexogènes : fosses nasales, larynx, poitrine, utérus, déclanchent normalement des modifications circulatoires qui peuvent devenir, dans certains cas mal déterminés, des troubles mortels. Dans la tentative d'avortement, dans le coup au creux épigastrique, on constate une vaso-dilatation profonde très brutale au niveau des organes abdominaux, de l'encéphale. Le trauma laryngé, l'immersion froide agissent sur les centres respiratoires. Nous ne savons rien du mécanisme physiologique de ces réactions et la mort par shock ne peut être admise que si aucune lésion anatomique réputée mortelle n'est décelée à l'autopsie.

P. CARRETTE.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois d'AVRIL qu'une seule séance. Cette séance, exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 avril 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 mai 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Centenaire de Magnan et dîner annuel.

Cette séance du *lundi 27 mai 1935* sera consacrée à la célébration du *Centenaire de V. Magnan* (16 mars 1835-27 septembre 1916). Elle sera suivie du *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique, pour lequel on est prié de s'inscrire auprès de Mme le D<sup>r</sup> THULLIER-LANDRY, *trésorière* (102, rue de Grenelle, Paris, VII<sup>e</sup> arrondissement).

### Nécrologie.

M. le D<sup>r</sup> Maurice PAGE, de Marseille, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

**ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS****Nominations.**

M. Paul BERT, préfet du Var, est nommé directeur administratif de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), à Paris.

M. le D<sup>r</sup> BRIAU est nommé Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

**Postes vacants.**

*Est déclaré vacant* : un poste de Médecin-Chef à l'Asile privé, faisant fonction d'Asile public d'aliénés, de Plouguernevel (Côtes-du-Nord).

**INFIRMERIE SPÉCIALE DE LA PRÉFECTURE DE POLICE**

M. le D<sup>r</sup> Georges HEUYER est nommé Médecin-Chef-adjoint de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police ;

M. le D<sup>r</sup> Albert BROUSSEAU est nommé Médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

**RÉUNIONS ET CONGRÈS****Congrès Neurologique International (Londres, 29 Juillet-2 Août 1935).**

Un *Congrès Neurologique International* aura lieu à Londres, du 29 juillet au 2 août 1935, sous la *Présidence* de M. GORDON HOLMES (de Londres).

Les travaux du Congrès porteront sur un certain nombre de sujets déterminés ; en outre, des communications originales succinctes pourront être présentées. La Circulaire du Bureau du Congrès, publiée dans les Informations du présent numéro des *Annales Médico-psychologiques*, expose le programme et fixe le règlement dans ses grandes lignes.

Le *Comité National* attire l'attention des Neurologistes de France sur l'intérêt qu'il y a pour la science française à participer en grand nombre à ce Congrès, et les prie d'envoyer, avant le 1<sup>er</sup> avril, leur adhésion et leur cotisation au Docteur Albert CHARPENTIER, Trésorier de la Société de Neurologie, 3, avenue Hoche ; et les titres exacts des communications qu'ils désirent présenter au Docteur J. LHERMITTE, Secrétaire général, 9, rue Marbeuf, qui se chargeront de transmettre les adhésions à M. KINNIER WILSON, *Secrétaire du Congrès*.

**Comité National Français :**

*Présidents d'honneur* : MM. Pierre MARIE, G. GUILLAIN, A. SOUQUES ; *Président* : M. Henri CLAUDE ; *Vice-Présidents* : MM. A. BAUDOUIN, O. CROUZON, J. LÉPINE, H. MEIGE, ANDRÉ-THOMAS ; *Secrétaire général* : M. J. LHERMITTE ; *Secrétaire adjoint* : M. BÉHAGUE ; *Trésorier* : M. Albert CHARPENTIER.

*Membres du Comité*

MM. ABADIE, ALAJOUANINE, BABONNEIX, BARRÉ, CARRIÈRE, René CHARPENTIER, L. CORNIL, DELMAS-MARSALET, ETIENNE, EUZIÈRE, FORGUE, FRIBOURG-BLANC, FROMENT, INGELRANS, LAIGNEL-LAVASTINE, LEMOINE, Th. DE MARTEL, E. DE MAS-SARY, PERRIN, PETIT-DUTAILLIS, PIC, PAVIOT, POROT, RAVIART, RIMBAUD, RISER, Henri ROGER, SABRAZÈS, Th. SIMON, VELTER, C. VINCENT, VIRES.

**Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association.**

La 91<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American psychiatric Association se tiendra au Mayflower Hôtel, à Washington, du 13 au 17 mai 1935.

Le Bureau de cette réunion est composé de MM. C. FRED WILLIAMS, *président d'honneur*; CLARENCE O. CHENEY, *président*; WILLIAM C. SANDY, *secrétaire-trésorier*; JOHN BELL, A. A. BRILL et WILLIAM A. WHITE, *vice-présidents*.

**XV<sup>e</sup> Congrès des psychiatres polonais.**

Le XV<sup>e</sup> Congrès des psychiatres polonais se tiendra à Plock et à Gostynin, les 8, 9 et 10 juin 1935.

Le programme prévoit pour le : *Vendredi 7 juin*, veille du Congrès : *Visite de la ville de Plock*.

*Samedi 8 juin* : Ouverture du Congrès à Plock, à 9 heures. Exposé des rapports : *Troubles psychiques au cours des affections organiques du système nerveux central à l'exclusion de la paralysie générale et de la démence sénile*.

*Dimanche 9 juin*, à Gostynin : Séance du matin. Exposé des rapports : *Atténuation de la responsabilité au point de vue du Code criminel polonais et son application pratique*. — *Après-midi* : Réunion générale de la Société Polonaise Psychiatrique.

*Lundi 10 juin*, à Gostynin : *Communications diverses*.



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---



### RÉSULTATS DE LA PYRÉTOTHÉRAPIE SOUFRÉE ASSOCIÉE AUX SELS D'OR DANS 34 CAS D'ÉTATS DITS DE DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

H. CLAUDE et J. DUBLINEAU

Dans le courant de 1933, nous avons, avec Ey, institué pour la première fois, croyons-nous, dans divers types d'états dits de démence précoce, la pyrétothérapie par l'huile soufrée associée aux sels d'or. Vingt de nos cas ont été publiés, tant dans des notes antérieures que dans la thèse de notre élève Kerfridin. Depuis, la question a fait à la Société Médico-Psychologique l'objet de plusieurs interventions. Nous apportons une statistique portant sur un total de 34 cas traités à la date du 1<sup>er</sup> novembre 1934, — dont 14 encore inédits.

Toute tentative de traitement de la démence précoce est entachée d'une double difficulté : incertitude du diagnostic, évolution déconcertante de la psychose. Nous n'insisterons pas sur le dilemme qui en résulte au point de vue thérapeutique : choix de cas peu sûrs, parce que précoces, ou peu curables parce que trop

tardifs. Diagnostic d'évolution, la démence précoce peut être enrayée par le traitement. Mais comment la reconnaître, ou plutôt comment la concevoir? C'est ce que nous envisagerons d'abord.

### I. Sémiologie des états à type de démence précoce

Nous estimons que les états à type de « démence précoce », — si ce terme défectueux pouvait être conservé, — sont divers, et comprennent :

A) DES ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT SIMPLE (*idiotie acquise*), survenant assez souvent sur un terrain dégénératif. Ce premier type, sur lequel l'un de nous a longuement insisté au cours des discussions de Lausanne sur la schizophrénie, nous paraît incontestable. Il y a, chez le sujet qui en est atteint, affaiblissement, c'est-à-dire réduction du « stock » des facultés mentales.

B) Des ÉTATS DE CONFUSION CHRONIQUE, type Régis : soit confusion chronique d'emblée, soit plus souvent états confusionnels consécutifs à une phase de confusion maniaque ou mélancolique, ou d'excitation confusionnelle, ou de confusion simple. Persistent dans ces états les éléments du syndrome confusionnel, avec réduction affective souvent considérable, mais possibilités de récupérations spontanées ou post-thérapeutiques ultérieures. C'est dans ces états qu'apparaît avec le plus de netteté la notion de toxi-infection.

C) Des ÉTATS DE DISSOCIATION. Ici, il nous faut insister davantage sur la façon dont, à notre sens, doivent être conçues les notions de dissociation et de schizophrénie.

Nous pensons que les états de dissociation comprennent deux ordres de faits :

D'une part, un *concept* général, le concept dissociatif, ayant la même valeur, au point de vue psychopathologique, que les concepts démentiel ou confusionnel : il se traduit par un certain nombre de symptômes, isolés ou associés, intéressant l'une quelconque des facultés psychiques (intelligence, affectivité, activité) ;

D'autre part, une *entité*, que caractérise le groupement de ces symptômes en un syndrome. Toutes les facultés psychiques s'y trouvent intéressées, d'ailleurs inégalement. C'est à cette entité que pourrait être réservé le mot de *schizophrénie*. Celle-ci réalise, dans le cadre des états dissociatifs, une dissociation *globale*.

a) LA DISSOCIATION. — Sans vouloir reprendre ici le tableau des manifestations dissociatives dans leur détail, nous énonçons seulement les éléments qui, à notre sens, doivent être considérés comme tels, et leurs conditions d'apparition.

I. *Aperçu sémiologique.* — La dissociation peut, avons-nous dit, intéresser toutes les facultés mentales :

1° *Intellectuelle*, elle intéresse entre autres :

α) l'expression de la pensée et de langage (préciosité, bizarreries du verbe, avec, dans les autres formes extrêmes, néologismes, salade de mots) ;

β) l'association des idées (réponses à côté, incohérence) ;

γ) le contenu de la pensée (onirisme et activité oniroïde, rêveries délirantes, obsessions, délires sous leurs différents types, avec ou sans systématisation, avec ou sans troubles psychosensoriels, et, d'une façon générale, tout ce qui altère la qualité de la pensée, sans altérer le stock idéique, comme on peut s'en rendre compte par les tests appropriés.

2° *Affective*, la dissociation se traduit par les réactions paradoxales bien connues, de l'émotivité, réalisant la discordance affective.

3° *Volitionnelle et pragmatique*, elle donne l'excitation désordonnée et impulsive, les fugues, les attitudes catatoniques.

II. *Conditions d'apparition.* — Ces symptômes s'observent dans deux conditions :

1° Tantôt à titre épisodique, greffés sur les autres états psychopathiques, — quels qu'ils soient, — et *secondaires* à eux. Ils peuvent, au cours de l'évolution de ces états, s'aggraver et s'enrichir d'autres manifestations dissociatives. Aussi voit-on parfois celles-ci prendre la dominante du tableau clinique. C'est le cas, par exemple, de certains états mélancoliques compliqués de délire chronique systématisé à idées de négation. A mesure que ce délire se fortifie, l'affectivité se modifie, prend un caractère discordant, réalisant finalement l'euphorie et le comportement paradoxal du syndrome de Cotard. A ce moment, l'état mélancolique initial a pratiquement disparu. Le malade se présente avant tout comme un schizophrène.

2° Dans d'autres cas, la dissociation partielle est *primitive*. Elle évolue pour son propre compte, l'aspect variant selon les tendances caractérielles antérieures du sujet. Elle réalise ainsi :

α) soit des formes aiguës : bouffées délirantes classiques, états d'excitation à type schizopraxique (Ey) ou schizomaniaque ;

β) soit des formes chroniques, réalisant les classiques délires

systématisés. La totalité de ces derniers pourrait, à l'exclusion des états passionnels, s'intégrer au groupe des *paraphrénies*. Ces paraphrénies, elles aussi, peuvent se compliquer ultérieurement d'une atteinte affectivo-volitionnelle : elles appartiennent alors progressivement au cadre de la schizophrénie.

b) LA SCHIZOPHRÉNIE. — Elle apparaît comme un véritable syndrome, où se retrouve toujours l'atteinte de *toutes* les facultés psychiques dans le sens de la dissociation. Par contre, cette atteinte affecte des types divers.

I. *Aperçu sémiologique*. — Elle peut intéresser essentiellement la sphère affectivo-volitionnelle ; elle réalise le tableau de l'hébéphréno-catatonie : le délire y est, en effet, transitoire et inconstant. Y prédomine l'excitation impulsive et désordonnée ou l'immobilité catatonique.

Elle peut intéresser plus spécialement la sphère intellectuelle, créant les formes délirantes paranoïdes, elles-mêmes très diverses.

Elle peut intéresser enfin également, mais peut-être moins intensément (surtout au début), l'ensemble des facultés, sans grand délire, avec plutôt « réduction » affective et « ébauche » de discordance, réduction de l'activité pragmatique sans excitation : c'est la forme schizophrénique simple.

II. *Conditions d'apparition*. — L'entité « schizophrénie » peut survenir dans des conditions variables : elle aussi peut être primitive ou secondaire.

1° *Primitive*, elle réalise les états à début brusque ou progressif, d'aspect clinique variable selon l'âge (et peut-être le terrain). Aussi verrons-nous plus volontiers, — mais ce, sans aucun caractère d'exclusivité, — les états hébéphréno-catatoniques survenir avant 30 ans, les états paranoïdes à partir de la 25<sup>e</sup> année, les états schizophréniques simples paraissant seuls se dégager de la notion d'âge et se manifestant dans les conditions les plus diverses. Cette « schizophrénie primitive » peut, en évoluant, se compliquer ultérieurement d'épisodes confusionnels ou d'une atteinte démentielle, avec affaiblissement.

2° *Secondaire*, la schizophrénie peut compliquer la plupart des états psychopathiques :

- soit démence ou confusion,
- soit états maniaco-dépressifs,
- soit états d'excitation simple,

soit enfin les états schizotiques : hystérie, psychasthénie, schizoïdie, tous états de *structure* dissociative, et, pourrait-on dire : *états prédissociatifs*.

3° Dans tous ces cas, le syndrome schizophrénique peut apparaître : soit entièrement constitué d'emblée, soit, comme nous le verrons tout à l'heure, par éléments successifs se complétant progressivement.

Au total, la schizophrénie, conformément au schéma que l'un de nous a soutenu depuis plusieurs années, n'englobe pas tous les cas dits de démence précoce. Existents des états démentiels simples, dégénératifs, et des états confusionnels chroniques. Mais les uns peuvent se compliquer des autres, ou les compliquer. D'où la diversité des formes cliniques.

Inversement, il est difficile de concevoir la schizophrénie comme comprenant l'ensemble des états dissociatifs. Ceux-ci la débordent largement ; ils compliquent, — fait d'évidence, — de l'un ou l'autre de leurs éléments la plupart des états psychopathiques. N'appartiennent à la schizophrénie, telle que nous l'entendons, que les cas de dissociation *globale*, compte tenu, dans cette dernière, d'une prédominance, selon les cas, affectivo-volitionnelle ou intellectuelle. Mais, à côté de cette dissociation globale, qui prend par sa présentation même l'allure d'une véritable entité clinique, il y a des dissociations partielles, faites de symptômes plus ou moins isolés. Ces derniers peuvent, soit s'associer à un quelconque état psychopathique, soit évoluer pour leur propre compte ; tels sont les délires dits paraphréniques, que l'on voit souvent s'aggraver, quand la dissociation y vient intéresser d'autres facultés que l'intelligence, et s'intégrer au groupe de la schizophrénie paranoïde.

Ainsi comprise, la notion de schizophrénie se trouve réduite, la notion de dissociation étendue.

La schizophrénie est réduite en ce que ne lui appartiennent pas les faits de démence précoce dégénérative, de confusion chronique. Elle est réduite également en ce que ne concernant que des états dissociatifs globaux. Les paraphrénies, états dissociatifs partiels, ne s'y intègrent pas tant qu'ils n'intéressent pas l'ensemble de la personnalité humaine.

Réduite, la schizophrénie devrait, — avec une sémiologie peut-être plus riche que celle dont nous disposons, — s'en trouver mieux limitée, et son diagnostic, se résoudre à une question d'analyse psychologique. La constater équivaut à constater l'atteinte en bloc, au point de vue dissociatif, — et sous réserve des nuances ci-dessus décrites, — des facultés mentales : condition nécessaire et suffisante (l'atteinte s'étant réalisée d'emblée, ou progressivement).

Est étendue par contre la notion de dissociation, complication

possible de tout état psychopathique. L'intégration du délire et des troubles psychosensoriels en général aux états dissociatifs, en permettant une synthèse des faits épars, donne à ces dernières une signification psychopathologique. Sans nuire à la notion bien limitée de schizophrénie, elle s'y rattache : nous avons cité le cas de la mélancolie chronique délirante réalisant un état paraphrénique pour, chez certains malades, évoluer vers la schizophrénie paranoïde typique. Ainsi la schizophrénie constitue-t-elle l'élément extrême, et, au point de vue dynamique, le pôle évolutif terminal de la dissociation.

## II. La notion d'âge dans le groupement des faits confuso-démentiels ou dissociatifs

Etats démentiels, confusionnels chroniques et dissociatifs peuvent s'observer à tous les âges. Il n'est pas douteux cependant que l'adolescence spécifie l'apparition d'une certaine forme de « démences précoces », — la « démence » de Morel, — que, d'autre part, dans le groupe des schizophrénies, certaines formes sont plus fréquentes avant 30 ans. Ce qui peut-être est plus frappant encore, c'est l'inégalité des répartitions, au cours de l'adolescence ou des premières années de l'âge adulte, des trois états sus-décrits. A cet âge prédominent nettement les manifestations dissociatives. Elles viennent compliquer la plupart des troubles psychiques de cette période, quelle que soit leur forme. Ce peut n'être qu'un délire passager, transitoire, simple bouffée délirante surajoutée, sans grande signification pronostique, sur un terrain d'oligophrénie et de démence dégénérative. Ce peuvent être, fait à la fois plus fréquent et plus sérieux, un syndrome dissociatif global, une schizophrénie. Ainsi cette période semble-t-elle être un âge d'élection pour la dissociation schizophrénique, quel qu'ait été le mode de début de la psychose. Autour de *l'hébéphrénocatatonie*, — car c'est d'elle qu'il s'agit le plus souvent, — se groupent la plupart des états psychopathiques de l'adolescence, dont on peut toujours craindre que, tôt ou tard, elle vienne compliquer l'évolution.

Peut-être cette éventualité est-elle plus redoutable sur tel terrain que sur tel autre. Peut-être certains antécédents (tuberculose par exemple) peuvent-ils y prédisposer. Nous n'insisterons pas sur ce point de vue étiologique de la question, encore trop incertain, ce qui ne nous empêchera pas, au cours de ce travail, d'apporter quelques données que nous avons pu recueillir à ce sujet.

### III. Sélection des cas en vue d'un traitement

Quoi qu'il en soit, et quelles que soient l'importance et la valeur des rémissions au cours des états schizophréniques, (lesquels paraissent en effet souvent progresser sous formes de véritables *poussées évolutives*), il n'est pas douteux que l'apparition, dans une psychose, d'un état schizophrénique, est d'une signification pronostique mauvaise. Toute question de pathogénie mise à part, le traitement médical des psychoses juvéniles doit donc être un traitement précoce.

La constatation d'un ou de plusieurs signes de dissociation au cours d'un syndrome maniaco-dépressif ou confusionnel doit, à notre sens, être une indication majeure du traitement. Pourtant, parmi ces signes, tous n'ont pas la même valeur pronostique. L'apparition de manifestations délirantes ou oniriques dans un syndrome confusionnel est trop banale (disparaissant si souvent sans laisser de traces), pour retenir l'attention. On attachera plus d'importance à trois ordres de faits :

1° Dans la sphère intellectuelle, ce seront surtout les troubles à type de syndrome d'action extérieure ou d'influence. Ceux-ci ont pu précéder l'apparition de l'état psychopathique. Ils peuvent, de même, le colorer dans les premiers jours. Nous n'ignorons d'ailleurs pas que des syndromes d'influence ont été décrits dans les états maniaques les plus typiques.

2° Dans la sphère affective, l'apparition de sourires, de perte de la syntonie restent les phénomènes essentiels faisant redouter l'évolution schizophrénique. A ces constatations s'ajoutent les troubles du caractère qui, souvent pendant plusieurs mois, viennent modifier complètement le comportement du sujet (taciturnité, bizarreries, irritabilité, etc.). Ces faits permettent souvent de négliger le début apparent et de faire remonter assez loin dans le passé le début de la psychose.

3° On attachera enfin de l'importance aux manifestations somatiques prépsychosiques : céphalées, troubles digestifs, amaigrissement, sur lesquels il a été à nouveau récemment insisté (Baruk et Laurent). Nous y ajouterons, dans certains cas, la photophobie.

Recherchés systématiquement, ces signes donnent sur le début de la maladie des notions souvent très différentes de ce que fournissait l'anamnèse banale du sujet : ils constituent en tout cas une indication réelle de traitement (de même, bien entendu, que la constatation d'un état d'affaiblissement démenceiel caractérisé).

#### IV. L'association sulfochrysothérapique

Les traitements médicaux du groupe des psychoses juvéniles à évolution confuso-déméntielle ou dissociative sont chimio- ou pyrétothérapiques. Nous ne reprendrons pas ici l'exposé des nombreux travaux sur la question.

En ce qui concerne la *pyrétothérapie*, l'huile soufrée est actuellement couramment utilisée. Croce, en Italie, insiste sur la nécessité de ne s'adresser qu'aux cas récents. Il fait 10 à 12 injections de 10 à 20 cc. d'huile soufrée, de façon à obtenir chaque fois une température de 39°5 à 40°. Pour lui, la répétition des séries pyrétiques contribue à améliorer les statistiques. Santangelo passant en revue les diverses chimiothérapies anti-démence précoce rejette pratiquement les typhovaccins, la tuberculine, le nucléinate de soude, le lait. Il retient, par contre, les heureux effets du soufre en suspension huileuse, mais reproche à la méthode l'infidélité des accès après chaque injection, ainsi que le faible degré de la température obtenue. Aussi ajoute-t-il à une quantité modérée d'huile soufrée, une quantité de lait variant de 3 ou 4 cc. à 10 cc., lui permettant de doser l'importance de la fièvre désirée.

En France, nous rappellerons les communications récentes de Larrivé et Mestrallet, Lépine et Larrivé, la thèse de Lajournade, l'article récent de Donnadiou et Lôô, la note plus récente de Hamel, Chavarot, Dumont et Lâlanne.

Dans l'ensemble, les résultats sont encourageants ; on ne peut dire qu'ils soient très importants (retenons cependant les bons résultats obtenus par Petit avec le nucléinate de soude). Une statistique récente de Nutini Gino, portant sur 1.795 cas de démence précoce recueillis dans la littérature, comme ayant été traités par la pyrétothérapie, relevait 10 % de guérisons et 30 % d'améliorations. D'ailleurs, d'autres ont dit l'incertitude des statistiques liée à l'incertitude des diagnostics. Entre la maladie à son début, et les états terminaux tardifs, tous les intermédiaires peuvent exister. Par ailleurs, on sait que la fièvre, quand elle apparaît chez les déments précoces devenus pneumo-tuberculeux, n'a que très constamment une action thérapeutique (Mlle Pascal). Quoi qu'il en soit, les résultats de la pyrétothérapie seuls ne sauraient être considérés comme satisfaisants.

On peut en dire autant de la chimiothérapie. Pourtant, quand se précisa la notion de la fréquence du terrain tuberculeux chez les déments précoces, de nouveaux essais furent tentés avec les sels d'or. Mlle Pascal traite trois malades par l'allochrysine, cinq



par le solganal, à la dose de 0 gr. 40, dix par la crisalbine. Les trois sels furent administrés par voie intraveineuse. Les malades traités par la crisalbine reçurent des doses variant entre 2 gr. 35 (5 cas), 2 gr. 90 (3 cas), 2 gr. 95 (1 cas) et 3 gr. (1 cas).

L'auteur constata une amélioration de l'état général, de la courbe de poids, mais aucune amélioration psychique, sauf chez une malade, où il y eut, à la suite d'une série de solganal (0 gr. 40) « une modification parallèle de la tuberculose, de l'état général et de l'état mental ». Pour Mlle Pascal, « même dans l'action hyperthermique élevée (biotropisme aurique), l'activité psychique hétérophrénique n'a pas varié ». Tout se passe, d'après cet auteur, « de telle sorte que la tuberculose est devenue allergique » et que « l'hétérophrénie est restée anergique ».

Personnellement, nous avons rapporté l'heureuse évolution d'un syndrome psychopathique, ayant coïncidé avec l'injection intraveineuse de 0 gr. 40 de solganal. Il s'agissait d'un sujet jeune, entré à la Clinique en 1931 pour un état dépressif avec terrain bacillaire, pityriasis, cicatrices d'adénopathies ou d'abcès froids thoraciques, présentation catatonique avec mutisme, qui paraissait du plus fâcheux pronostic. En quelques semaines, l'état général se modifia, le poids augmenta, l'idéation redevint normale et le sujet sortit, apparemment guéri, au point que nous crûmes devoir réformer le diagnostic de démence précoce primitivement porté.

Plus récemment, Hyvert, Stöehr et Cohn sont revenus sur l'importance des sels d'or dans le traitement des psychoses. Ils assurent, avec des traitements prolongés, menés à dose modérée, avoir obtenu de bons résultats.

Pour utiliser les sels d'or en psychiatrie, on aurait pu invoquer d'autres raisons qu'une possibilité, jusqu'à présent non démontrée, d'étiologie tuberculeuse. De tous les métaux utilisés en thérapeutique, il ressort, des analyses (d'ailleurs très délicates) des auteurs (Feldt, Stefanescu, etc.), que l'or est un de ceux que l'on retrouve le plus facilement au niveau des centres nerveux. On le retrouve également dans le liquide céphalo-rachidien des sujets traités par une dose d'or suffisante (Lebeuf et Mollard). On l'a d'ailleurs utilisé dans le traitement de certaines syphilis nerveuses.

A vrai dire, dans l'ignorance où nous sommes de la pathogénie des états que nous étudions, ces données n'ont qu'un intérêt relatif de documentation. D'ailleurs, la chimiothérapie agit, comme on sait, moins par action directe du métal que par formation de nouvelles synthèses organiques qui, peut-être, contribuent à modifier le terrain tout entier.

L'association pyrétichimiothérapique que nous avons préconisée peut-elle, théoriquement, être considérée comme préférable à l'une ou l'autre des méthodes précédentes, envisagées séparément ? Nous ne reviendrons pas sur les arguments expérimentaux d'ordre général qui plaident en sa faveur, son efficacité en particulier dans la syphilis expérimentale. Cliniquement, la méthode n'est pas nouvelle. Elle est utilisée depuis longtemps dans la paralysie générale (stovarsol, dmelcos). On l'a conseillée dans l'encéphalite (Urecchia), le rhumatisme chronique (Dausset et Brace-Gillot). Donnadiou et Lôô signalent que Perrens, à Bordeaux, avait proposé l'association de sels d'or et d'huile soufrée.

Pratiquement, il est difficile scientifiquement d'établir le rôle respectif de chacun des éléments qui interviennent dans le traitement conjugué. Peut-être même une partie de l'activité est-elle le fait plus du véhicule que du corps chimique proprement dit. La plupart des états schizophréniques, en dehors des phases d'excitation, présentent, ainsi que nous l'avons montré avec Mlle Bonnard et d'autres auteurs, une tendance à l'hypolipidémie contre laquelle le traitement lutte en partie grâce à l'importance de l'élément huileux. Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits, nous contentant pour le moment d'en souligner les difficultés d'interprétation.

## V. La technique

Elle consiste en principe en injections alternées d'huile soufrée (de 1 à 10 cc. d'huile soufrée, généralement à 1 %) et d'un sel d'or, pour lequel différentes marques ont été utilisées, chacune ayant eu des succès à son actif, en solution aqueuse ou huileuse, et quelle qu'ait été la voie d'administration. Certains traitements ont été cependant conduits d'une façon moins régulière pour des raisons d'opportunité, sans d'ailleurs s'écarter par trop du schéma originel.

La dose totale de sel d'or injectée fut des plus variables (elle oscille entre 0 gr. 35 et 2 ou 3 grammes). On sait, par ailleurs, que la teneur en métal est variable selon les marques. Les résultats ont paru nettement indépendants de la dose totale injectée. Le traitement n'amena de complications auriques (albuminurie et érythème) que dans un cas. Encore furent-elles minimales et s'agissait-il d'un terrain prédisposé.

Assez souvent, le traitement était recommencé après quelques semaines de repos. Au total :

- 2 malades ont eu une série incomplète.
- 19 malades ont eu une série d'injections.
- 1 malade a eu une série et demie.
- 11 malades eurent deux séries.
- 1 malade eut trois séries.

## VI. Observations

Nous ne rappellerons pas les 20 observations dont on trouvera l'exposé complet dans la thèse de Kerfridin et dans nos publications antérieures. Nous rapporterons seulement le résumé des 14 observations inédites. Les points importants seront résumés dans les tableaux de la fin de l'article.

### A. Rémissions

Obs. I. — Mile Dub., 25 ans. « Etat mélancolique, hallucinations probables, mutisme, gestes lents, refus d'aliments, ecchymoses à la face antérieure des cuisses. » D<sup>r</sup> Simon, 7 février 1934.

A. H. — Normaux.

A. C. — 11 frères et sœurs dont deux décédés ; un interné antérieurement (accès d'excitation), un autre ancien convulsif.

A. P. — Ictère à 4 ans. Chute suspecte à 18 ans. Cystite à 21 ans (?). Certificat d'études primaires. Travail normal (imprimeuse). Timidité. Méfiance. Susceptibilité habituelle.

H. M. — Début brusque (28 janvier 1934) une nuit. Déambulation. Incohérence. Onirisme. Les jours suivants : bizarreries, agitation, autisme.

A l'entrée, subconfusion. « Mystère incompréhensible ». Inhibition. Etat saburral, Mydriase. Acné, Séborrhée. Hypertrichose.

Deux injections de sulfosine. Mieux. Réclamée par la mère, mais rechute le 12 mars, avec bizarreries, mimique hallucinatoire, excitation nécessitant la contention. Sourires, réponses à côté.

*Traitement* : 13 mars au 17 avril : 10 injections d'huile soufrée. 16 avril au 30 mai : 8 injections intra-musculaires d'allochrysine (1 gr. 10 en tout). 24 mai au 9 juin : 24 injections d'hormovarine.

*Réactions thermiques* moyennes et assez irrégulières. T° à 40° aux 3° et 9° accès.

*Réactions locales* légères, à la 5° et à la 10° injections.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 10 avril : 83 ; 8 mai : 16 ; 12 mai : 13 ; 17 mai : 15.

*Poids* : 9 février : 48 kg. ; 3 mars : 51 kg. ; 30 mars : 51 kg. ; 17 avril : 48 kg. 2 ; 3 juin : 55 kg.

*Règles* : revenues le 2 juillet.

*Evolution psychique* : début de l'amélioration vers le 15 avril. Fin mai : critique convenable de son état. Retour rapide à la normale. Sort le 9 juin. Revue ultérieurement : était normale.

*Conclusion* : Etat subconfusionnel et dépressif avec attitudes cataleptiques et ébauche de discordance. Traitement dès le début. Sulfosine puis sels d'or.

Obs. II. — Mlle B., Inès, 19 ans, Italienne. « Etat d'excitation paraissant en rapport avec un syndrome hétérophrénique. Ne travaille plus depuis un an, indifférence progressive, vagues idées de persécution. Mutisme au cours de l'examen, répond par des éclats de rire. Propos spontanés grossiers. Gâtisme. Fragilité pulmonaire (adéno-pathie trachéo-bronchique ?). Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,20. Weichbrodt : +. Leuco. : 0. Bordet-Wassermann négatif. » Dr Courtois, 17 janvier 1934.

A. H. — Pas de tuberculose, semble-t-il.

A. C. — Une sœur, 17 ans (pleurésie en février 1933, ponctionnée).

A. P. — Enfance normale. Petite instruction primaire. Pas de certificat d'études. Puis tisseuse et manutentionnaire.

Schizoïdie. Vie solitaire.

H. M. — Phase de troubles somatiques (avril à décembre 1933) : syndrome abdominal sans diagnostic précis. Perte de 9 kilos. Puis suivie au dispensaire où craintes de tuberculose ; on lui offre une place en préventorium (qu'elle refuse). Déclarée guérie en novembre, ayant repris 13 kilos 500. Cependant, depuis avril : céphalées, surtout occipitales. Bourdonnements d'oreilles.

Mi-décembre 1933 : reprise des bourdonnements à gauche. Un jour, hallucinations, puis excitation plusieurs semaines.

A l'entrée : excitation psychomotrice intense et désordonnée.

Dent de sagesse inférieure gauche, partiellement encapuchonnée, sans signes inflammatoires. Vaginite. Aspect thoracique normal à la radio.

*Traitement* : 29 janvier au 17 mars, 11 injections de sulfosine (de 1 à 10 cc., deux à 10 cc.).

30 janvier au 3 mai : allochrysine ( $1 \times 0,05$  ;  $5 \times 0,10$  ;  $9 \times 0,20$ ), soit 2 gr. 35.

*Réactions thermiques* : moyennes ; *locales* : moyennes à la 6<sup>e</sup> injection, fortes aux deux dernières.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 25 janvier : 15 ; 15 mars : 69 ; 9 avril : 12.

*Poids* : 20 janvier : 55 kg. ; 1<sup>er</sup> avril : 51 kg. 500 ; 2 mai : 55 kg.

*Règles* : revenues le 27 avril.

*Evolution psychique* : se calme vers le 12 mars. Les réponses deviennent adaptées. Boulimie. Sortie le 17 mai. Revue ultérieurement : normale à tous points de vue.

*Conclusion* : Etat schizomaniac avec troubles psycho-sensoriels.

TABLEAU I. — Importance des divers facteurs sur l'évolution des états traités à type de démence précoce.

A. — RÉMISSIONS.

NOMS	NOMBRE DE SÉRIES D'HUILE SOUFRÉE	PRÉSENTATION	AUTRES DIAGNOSTICS POSSIBLES	ÂGE ACTUEL DE LA MALADIE	ÂGE ANCIENNETÉ DE LA MALADIE	ÂGE DE LA MALADIE AU DÉBUT	ANTÉCÉDENTS TUBERCULEUX	OBSERVATIONS
Sehop...	1	Execto-confusionnelle.		27 ans	6 mois.	26 1/2	0	Obscurité-répiratoire au sommet gauche.
Gailla...	1	Maniaque délirante et confusionnelle.	Manie.	22 —	Tr. ment. : 6 m. Excitat. : quelques jours.	22 1/2	Tuberculeuse pulmonaire.	
Cén.....	1	Execto-confusionnelle.	Manie coléreuse.	25 —	Quelq. jours.	25 ans	Père mort de sclérose pulmonaire	
Las. ....	1	Schizotique.	se.	17 —	3 mois.	17 —	Tub. fam. et elle-m. suspecte.	
Zilber...	1	Confusion mentale.	Confusion simple.	20 —	Quelq. jours.	20 —	0	Salpingite.
Boss. ...	2	Maniaque atypique.	Manie.	18 —	Tr. ment. : 8 m. Excitat. : quelques jours.	17 —	0	
Salo. ...	2	Subconfusionnelle puis cataleptique.	Dépression.	22 —	6 mois.	22 —	Pleurite ancienne.	
Boye....	2	Excitation maniaque atypique.	Manie périodique.	21 —	Tr. ment. : 4 ans Excit. : 6 jours.	17 —	Pleurésie après guérison.	
Auro....	2	Affaiblissement.		25 —	Dépres. : 2 ans. Affaibl. : 1 an.	23 —	0	
Dubo...	1	Execto-confusionnelle.	Bouffée délirante.	25 —	2 mois.	25 —	0	Aéné.
Boras...	2	Maniaque atypique.	Manie.	19 —	Etat gén. : 6 m. Excitat. : 3 sem.	18 1/2	Sœur tuberculeuse.	
Boucy..	1	Manie atypique.	Manie.	22 —	Tr. ment. : 1 an (?)	21 —	Séjour ancien en preventorium.	
Kryn....	1	Paranoïde.	Dépression légère avec syndrome d'influence.	24 —	Excitat. : quelques jours. Apragmatisme : 2 ans. Délire : quelq. mois.	22 —	Bronchite chronique.	Traumatisme il y a 4 ans.

Milieu bacillaire. Evolution parallèle d'une pleurésie chez la sœur et de troubles somatiques et psychiques chez elle.

OBS. III. — Mme Bou., Valentine, 22 ans. « Troubles psychopathiques caractérisés par agitation psychomotrice. Anxiété par intervalles, hallucinations psychomotrices, automatisme mental, impulsions verbales, grossièretés; insultes, délire polymorphe (faim subite, croit à la traite des blanches dans le service, on a voulu l'empoisonner à l'éther). Rires sans motif: cet état semble marquer le début d'une hétérophrénie, etc. » Dr G. Robin, 7 mars 1934.

A. H. — Un oncle interné (?). Père alcoolique, mère hépatique.

A. C. — Un frère mort à 3 mois (convulsions); une sœur bien portante.

A. P. — Maladies d'enfance. A 13 ans 1/2, séjour de 18 mois en préventorium à la suite d'une affection pulmonaire au cours d'une période de fatigue.

Dactylographe. Mariée 6 mois avant l'entrée.

H. M. — Depuis un an. Attitude hostile envers ses parents. Début en février: bizarreries, on la filait dans la rue parce qu'elle était mignonne. Inappétence.

Fin janvier: traitée pour bronchite. Bacillophobie incessante.

10 février 1934: début brusque: « son mari veut la tuer ». Anxiété. Hospitalisée le lendemain.

A l'entrée: présentation hypomaniaque, avec ambivalence et précipitation hypocondriaques. Maniérisme. Désinsertion progressive de l'ambiance. Erotisme. Aspect thoracique normal à la radio.

Traitement: 11 avril au 26 mai, 10 injections d'huile soufrée; 12 avril au 5 juillet, 10 injections de solganal B (1 gr. 66 env.).

Réactions thermiques: médiocres et irrégulières: un accès à 39,8; un autre à 39,3; un à 39; les autres au-dessous de 39.

Réactions locales: très intenses à partir de la 5<sup>e</sup> injection, mais très passagères.

Réaction de Vernes-résorcine: avant traitement: 6; 30 avril: 64; 14 mai: 21; 16 mai: 76; 19 mai: 55; 22 mai: 75; 24 mai: 39; 26 mai: 21; 28 mai: 65; 30 mai: 66; 1<sup>er</sup> juin: 57; 4 juin: 13.

Poids: 12 mars: 42 kg. 5; 1<sup>er</sup> juin: 37 kg.; 5 juillet: 41 kg. 5.

Règles: persistance (quoique irrégulières) pendant le traitement.

Evolution psychique: excitation croissante jusqu'en avril. Atypicité jusqu'en mai. Se calme au début de juin. A ce moment, petit épisode bronchitique (pas de B.K. dans les crachats). Sort le 23 juillet.

Conclusion: Etat maniaque atypique avec troubles psycho-sensoriels et éléments dissociatifs sur terrain prébacillaire.

OBS. IV. — Mlle K., Edmée, 24 ans. « Schizophrénie probable. Idées d'influence et de persécution. On agit sur elle, c'est un jeune homme de la maison avec qui elle n'a jamais causé qui lui fait des commandements, il lui fait chercher du travail, la fait courir de droite et de

gauche. Sentiment d'automatisme et d'inhibition ; si elle l'avait voulu, elle l'aurait certainement épousé (vague syndrome érotomaniaque). Certaines gens, d'autre part, lui voulaient du mal. Il lui semblait qu'on lui disait qu'elle était bête. Réponses à côté. Méfiance. Inertie. Taciturnité. Demi-mutisme. Hostilité vague. Sourires maniérés. Rires. Chants. Impulsivité désordonnée. Ennuis. Quelques idées de suicide (vellétés par revolver). » Dr Dupouy, 19 mars 1934.

A. H. — Bronchite chronique chez le père.

A. P. — Pas de certificat d'études primaires. Brevet de sténo. Instabilité professionnelle.

A 18 ans : chute sur le verglas (coma : 4 heures, arrêt de travail : 15 jours).

Longtemps soignée pour bronchite.

H. M. : mort du père il y a 3 ans. Début des troubles à cette date, d'après la malade. En fait, d'après la mère, troubles du caractère depuis la chute.

Début apparent il y a deux ans : troubles du caractère. Influence. Réverie morbide. Attitudes ambivalentes. Fatigabilité. « Mollesse ».

A l'entrée : calme, normale, critique ses idées délirantes, mais doute. Retour ultérieur de la conviction. Transmission de pensée. Dépersonnalisation. « Changement ».

Traitement : du 4 avril au 10 mai, 10 injections d'huile soufrée ; du 20 avril au 25 mai, cinq injections de solganal B.

Réactions thermiques : fortes, 10 accès à 39 ou plus ; locales : très intenses et douloureuses (empâtement, etc.).

Réaction de Vernes-résorcine : 23 avril : 63 ; 8 mai : 52 ; 12 mai : 26 ; 18 mai : 35 ; 19 mai : 11.

Persistance des règles. Poids : 20 mars : 57 kg. 200 ; 10 mai : 52 kg. 5.

Evolution psychique : amélioration rapide. Critique.

Sort le 31 mai. Revue le 3 septembre : normale et syntone. Va reprendre son travail.

Au total : début de dissociation remontant à plusieurs mois et lui-même consécutif à plusieurs années de troubles du caractère. Rémission après traitement.

## B. Rémissions incomplètes ou transitoires

OBS. V. — Mlle L., 22 ans. « Psychose présentement atypique, vraisemblablement démence précoce. Torpeur, apathie, inertie. Suspension actuelle des démonstrations affectives. Perplexités anidéiques. Etrangeté ambiante et personnelle. Doutes. Inversion rapide par délire médiumnique. Dédoublement de son activité ; passivité combinée, influence centrifuge. Ecriture automatique, pouvoir d'animer les objets, etc., etc. Sourires. Subanxiété. Fugues et dissimulations sans but. » Dr de Clérambault, 10 mars 1934.

TABLEAU II. — Importance des divers facteurs sur l'évolution des états traités à type de démence précoce.  
B. — RÉMISSIONS TRANSITOIRES OU PARTIELLES.

NOMS	NOMBRE DE SÉRIES D'HUILE SOUFFRÉE	PRÉSENTATION	AUTRES DIAGNOSTICS POSSIBLES	ÂGE ACTUEL DE LA MALADE	ANCIENNETÉ DE LA MALADIE	ÂGE DE LA MALADE AU DÉBUT	ANTÉCÉDENTS TUBERCULEUX	OBSERVATIONS
Fine....	1	Cataleptique hys- téroïde.	Dépression.	26 ans	2 ans	24 ans	0	
Lem....	1	Morosité, opposi- tion.	Débilité simple	15 —	Quelques mois	15 —	0	Hérédo-syphillis.
Dan....	2	Catatonique et pa- ranoïde.		24 —	4 ans	20 —	0	Aménorrhée
Gouy....	3	Excitation et ma- nie atypique.	Maniaque dé- pressive.	22 ans	4 mois	22 ans	Père : tuberculeuse rénale.	Hérédo-syphillis.
Last....	2	Déméntielle et pa- ranoïde..		30 —	9 ans	21 —	Adénite ancienne + habitus tuber- culeux.	
Son.....	1	Paranoïde.		18 —	3 ans	15 —	0	
Lois....	2	Confusionnelle.	Confusion sim- ple.	18 ans	Quelques se- maines.	18 ans	0	



A. P. — Enurésie tardive et somnambulisme dans l'enfance.

H. M. — Début un mois plus tôt par troubles psycho-sensoriels, puis, au bout de quelques jours, sensation de dédoublement, impression de devenir folle. T.S.F. Fugue.

A l'entrée : mutisme, attitudes cataleptiques. Acrocyanose. Rudesse respiratoire du sommet droit avec à la radio sommets peu clairs, mais s'éclairant à la toux. Liquide céphalo-rachidien normal.

Les jours suivants : désorientation, dédoublement, crises anxieuses subites.

Traitement : 1° Du 10 au 21 avril :  $\text{CaCl}_2$  intraveineuses (0 gr. 50 par jour). Du 23 avril au 7 juin : 10 injections d'huile soufrée. Du 24 avril au 23 juillet : 16 injections d'allochrysine (2 gr. 45).

2° Du 24 août au 20 octobre : 10 injections d'huile soufrée. Du 28 août au 15 octobre : 7 injections de myoral (1 gr. 80).

Réactions thermiques : moyennes ; locales : moyennes et fugaces.

Réaction Vernes-résorcine : 15 mars : 11 ; 30 avril : 119 ; 12 mai : 103 ; 16 mai : 61 ; 17 mai : 34 ; 19 mai : 138.

Persistence des règles durant le premier traitement, interruption passagère pendant le deuxième.

Poids : 61 kg. 6 le 12 mars ; 63 kg. 5 le 1<sup>er</sup> avril ; 58 kg. le 18 juillet ; 55 kg. 5 le 1<sup>er</sup> octobre.

Evolution psychique : excitation hétérophrénique. Calme entre le 1<sup>er</sup> et le 18 juin avec cessation du délire, du gâtisme. Quelques vellités pragmatiques dans le service. Le 26 juin, rechute. Excitation ultérieure permanente.

Au total : hétérophrénie sur fond de débilité légère. Origine obscure. Rémission transitoire après un premier traitement.

### C. Echecs

Obs. VI. — Mme Mont., 25 ans. « Démence précoce. Inertie. Demi-mutisme. Hallucinations de l'ouïe. Irritabilité et colères par intervalles. Rires immotivés à d'autres moments. Agitation. Refus d'aliments. Insomnie. Sclérodactylie mutilante secondaire à cicatrice sclérosante de l'avant-bras droit. » D<sup>r</sup> Dupouy, 17 janvier 1934.

Premier épisode confusionnel et hallucinatoire en 1931. Syphilis en 1930, traitée un an. Bizarrerie persistante avec fugues pendant la rémission. Durant celle-ci, amputation de deux doigts pour ostéite de cause mal déterminée (tuberculose ?).

Traitement : 5 injections de sulfosine ; 1 gr. 15 d'allochrysine en 9 injections.

Réactions thermiques : presque nulles au début, exagérées et prolongées pour la 5<sup>e</sup>.

Réactions locales : nulles.

Réaction de Vernes-résorcine : 71 avant le traitement ; 78 après la 3<sup>e</sup>.

*Pouls* : impossible à prendre.

*Evolution* : sans changement. Interruption du traitement à son début pour amputation du 5<sup>e</sup> doigt (panaris gangreneux : D<sup>r</sup> Maurice).

*Au total* : hébéphrénie datant de plus de 3 ans. Syphilis ancienne et peut-être tuberculose digitale. Traitement pyrétique peu intense.

Obs. VII. — Mlle Aba., 19 ans. « Démence précoce. Indifférence émotionnelle et affective. Sourires. Semi-mutisme. Impulsivité. Blessure récente du poignet droit avec sections des tendons par bris de vitre. Début il y a un an environ, apparu sur fond de troubles somatiques divers (algies, céphalées occipitales, douleurs articulaires, troubles mal déterminés). Episode d'excitation avec fugue, ayant entraîné un séjour de 8 mois en maison de santé. Aménorrhée et amaigrissement de juillet 1933 à janvier 1934. Depuis 3 mois, règles normales et reprise de poids. Acné du visage. Gâtisme par intervalles. »

Grand-père paternel mort tuberculeux à 38 ans. Un oncle paternel mort à 11 ans ( ).

*Traitement* : 1) Du 24 avril au 12 juin : 10 injections de sulfosine ; du 25 avril au 5 juillet : 13 injections de solganal B (2 gr. 24).

2) Du 19 juillet au 22 septembre : 10 injections d'huile soufrée ; du 21 août au 4 octobre : 7 injections de myoral (1 gr. 70).

*Réactions thermiques* : importantes ; *locales* : importantes à la 2<sup>e</sup> série.

*Réaction de Vernes-résorcine* : avant traitement : 18 ; 30 avril : 192 ; 8 mai : 105 ; 12 mai : 165 ; 14 mai : 151 ; 16 mai : 116 ; 19 mai : 127 ; 22 mai : 40 ; 24 mai : 19 ; 26 mai : 21 ; 28 mai : 128 ; 1<sup>er</sup> juin : 250 ; 4 juin : 72 ; 8 juin : 139 ; 13 juin : 19 ; 15 juin : 89 ; 18 juin : 27 ; 20 juin : 13 ; 16 juillet : 9 ; 21 juillet : 15 ; 27 juillet : 122 ; 10 août : 33 ; 14 août : 161 ; 17 août : 41 ; 22 août : 45 ; 28 août : 28 ; 31 août : 91 ; 7 septembre : 160 ; 14 septembre : 104 ; 29 septembre : 38 ; 12 octobre : 14.

*Persistance des règles*.

*Evolution psychique* : amélioration nette durant un mois et demi avec réduction de l'acné.

Reprise des troubles et de l'acné fin août, sans modification ultérieure.

Obs. VIII. — Mon., 27 ans. « Hébéphréno-catatonie, inertie, indifférence alternant avec des accès d'agitation. Maniérisme. Stéréotypies des gestes et d'attitudes. Négativisme. » D<sup>r</sup> Borel, 12 mai 1934.

A. P. — Rachitisme dans l'enfance.

H. M. — Affection datant de 5 ans précédée par céphalée occipitale et s.-crânienne. Plusieurs traitements par nucléinate de soude et autorachithérapie.

TABLEAU III. — Importance des divers facteurs sur l'évolution des états traités à type de démence précoce.  
C. ECHecs.

NOMS	NOMBRE DE SÉRIES D'HUILE SOUFFRÉE	PRÉSENTATION	AUTRE DIAGNOSTIC POSSIBLE	ÂGE ACTUEL DE LA MALADIE	ANCIEN-NETÉ DE LA MALADIE	ÂGE DE LA MALADIE AU DÉBUT	ANTÉCÉDENTS TUBERCULEUX	OBSERVATIONS
Tavea...	1	Paranoïde, semi-mutisme.		23 ans	3 ans	20 ans	0	Aménorrhée prolongée. Grosses lésions. Traitement non continué vu le mauvais état général.
Séga.....	1/2	Paranoïde, semi-mutisme.		35 —	7 —	28 —	Tuberculeux (poumons).	
Rola ....	1	Paranoïde.		30 —	4 —	26 —	0	
Roub....	1 + 1 série de Dmecos.	Catatonie, mutisme.		24 ans	18 mois	22 1/2	Tuberculeux chez oncle et grand-père.	Petite amélioration après la première série.
Leibr....	1 1/2	Confusion chronique avec catalepsie et mutisme.		35 —	4 mois	35 ans	Tubercul. chez un frère et chez elle.	
Mont....	1/2	Excitation, délire paranoïde.		25 ans	3 ans	22 ans	Tub. probable des doigts.	Syphilis surajoutée d'après l'enquête.
Aba. ....	2	Catatonie.		20 —	1 —	19 —	Tub. chez gd-père.	Acné, petite amélioration transitoire en cours de traitement
Montei..	2	Catatonie.		27 —	5 —	22 —	0	
Ros. ....	1	Paranoïde.		30 —	2 —	28 —	0	
Lig.....	1	Etat d'excitation.	Mélanéolie.	29 —	6 mois	28 1/2	0	
Dura....	1	Etat schizotique et paranoïde.	Débilésim-ple.	25 —	4 ans	21 ans	Mère morte de tuberculose.	S'améliore actuellement.
Leira....	1	Etat paranoïde et catatonique.....		29 —	18 mois	27 1/2	0	
Fourn...	1	Etat paranoïde et catatonique.....		19 —	1 an	18 ans	0	Petite amélioration transitoire au lieu du traitement.
Auri.....	1	Excitation et confusion.		23 —	15 mois	23 ans	0	

*Traitement* : 10 injections d'huile soufrée du 5 juin au 28 juillet ; 11 injections de myochrysine aqueuse du 7 juin au 11 août (1 gr. 55).

*Réactions locales* : importantes aux 5 dernières injections ; *thermiques* : moyennes.

*Réaction de Vernes-résorcine* : avant traitement : 9 ; 7 juin : 132 ; 8 juin : 100 ; 12 juin : 70 ; 15 juin : 81 ; 18 juin : 77 ; 20 juin : 32 ; 22 juin : 200 ; 25 juin : 121 ; 27 juin : 97 ; 29 juin : 108 ; 2 juillet : 87 ; 6 juillet : 23 ; 9 juillet : 99 ; 16 juillet : 92 ; 18 juillet : 90 ; 21 juillet : 20 ; 24 juillet : 92 ; 27 juillet : 25 ; 1<sup>er</sup> août : 102 ; 3 août : 18.

*Evolution psychique* : sans changement.

OBS. IX. — Mlle R., 30 ans. « Délire d'influence, vraisemblablement sur base de démence précoce, voix conseillères et impératives. Impulsions exogènes dirigées contre un automate. Etrangeté universelle. Baisse de l'énergie. Incurie. Autisme. Optimisme anidéique. Puérilité des idées et du débit. Décours depuis au moins 4 ans (lettre au préfet sur thèmes politiques et sociaux). » D<sup>r</sup> de Clérambault, 13 mars 1934.

*Traitement* : du 11 avril au 19 mai : 10 injections d'huile soufrée ; du 12 avril au 7 juin : 12 injections de solganal B (0 gr. 66).

*Réactions thermiques* : moyennes ; *locales* : aux 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> injections.

*Réaction de Vernes-résorcine* : mars : 6 et 7 ; 30 avril : 21 ; 8 mai : 60 ; 12 mai : 51 ; 14 mai : 88 ; 16 mai : 57 ; 19 mai : 60 ; 22 mai : 80 ; 24 mai : 49 ; 26 mai : 17 ; 28 mai : 19 ; 8 juin : 9.

*Poids* : 4 avril : 56 kg. 3 ; 27 avril : 53 kg. 7 ; 3 octobre : 60 kg. 5.

*Persistance des règles*.

*Résultat psychique* : sans changement.

OBS. X. — Mlle L., 29 ans.

Père suicidé.

Etat d'excitation avec dissociation affective.

Premiers troubles à 17 ans (avec dysménorrhée)

Début brusque le 21 décembre 1933 : dépression déclenchée par déception professionnelle. Alternances d'amélioration et de rechute. Janvier 1934 : tentative de suicide.

*Traitement* : du 24 avril au 12 juin, 10 injections d'huile soufrée ; du 25 avril au 12 juillet, 14 injections de myoral (3 gr. 30).

*Traitements complémentaires* : insuline en août. Hormovarine, septembre et octobre.

*Réactions thermiques* : moyennes ; *locales* : nulles.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 23 mars : 8 ; 8 mai : 16 ; 14 mai : 85 ; 17 mai : 66 ; 19 mai : 87 ; 22 mai : 62 ; 24 mai : 43 ; 26 mai : 56 ; 28 mai : 68 ; 1<sup>er</sup> juin : 105 ; 4 juin : 31 ; 13 juin : 91 ; 15 juin : 84 ; 13 juillet : 70 ; 24 juillet : 80 ; 1<sup>er</sup> août : 28 ; 3 août : 24.

*Poids* : 20 mars : 58 kg. 7 ; 17 mai : 54 kg. ; 12 juillet : 50 kg. 5.

*Evolution psychique* : excitation permanente, sans changement.

Obs. XI. — Mlle Aur., 25 ans. « Confusion mentale avec périodes d'agitation. Impulsivité. Début brusque il y a quelques jours. Probabilité d'idées délirantes de persécution avec phénomènes hallucinatoires. » D<sup>r</sup> Cénac, 16 mai 1934.

A. H. — Mère morte de délire aigu.

Les phénomènes persistent dans le service : Mutisme. Opposition. Impulsivité.

En juillet : présentation nettement hébéphrénique.

*Traitement* : du 23 juillet au 22 septembre, 10 injections d'huile soufrée ; du 25 juillet au 26 septembre, 10 injections de myochrysine aqueuse (1 gr. 35).

*Réactions thermiques* : très faibles pour la 8<sup>e</sup> injection ; *locales* : empatement douloureux, fugaces aux 4 dernières injections.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 24 juillet : 29 ; 1<sup>er</sup> août : 89 ; 3 août : 27 ; 7 août : 31 ; 10 août : 51 ; 14 août : 40 ; 17 août : 61 ; 22 août : 65 ; 25 août : 28 ; 28 août : 11 ; 1<sup>er</sup> septembre : 72 ; 7 septembre : 59 ; 14 septembre : 85.

*Aménorrhée*.

*Poids* : 15 mars : 50 kg. ; 25 juillet : 47 kg. 5 ; 29 août : 46 kg. 5 ; 7 octobre : 49 kg. 5.

*Evolution psychique* : même état.

Obs. XII. — Mlle Fou., 19 ans. « Syndrome de démence précoce. Insomnie depuis plusieurs semaines, reprise récente d'un état onirique avec anxiété. Visions macabres, hurlements de terreur. Actuellement, déclamations peu cohérentes ; opposition à l'interrogatoire. Impulsivité dangereuse. Apyrexie. Réduction notable de l'activité depuis sa sortie de l'asile. Haine familiale. Déjà placée. Trauma obstétrical probable. Héritéité alcoolique. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn : négatifs. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,30 ; leuco.: 0,6. Bordet-Wassermann négatif. » D<sup>r</sup> Courtois, 28 juin 1934.

Début : juillet 1933.

*Traitement* : du 23 juillet au 21 septembre, 10 injections d'huile soufrée ; du 25 juillet au 4 octobre, 11 injections de myoral (2 gr. 70).

Hormovarine à partir du 4 octobre.

*Réactions thermiques* : irrégulières ; *locales* : assez douloureuses à partir de la 6<sup>e</sup> injection.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 24 juillet : 14 ; 27 juillet : 49 ; 1<sup>er</sup> avril : 18 ; 3 août : 54 ; 7 août : 93 ; 10 août : 25 ; 17 août : 28.

*Aménorrhée*.

*Poids* : 23 juillet : 57 kg. ; 30 août : 60 kg. ; 4 octobre : 57 kg. 4.

*Evolution psychique* : amélioration transitoire en cours du traitement, non confirmée.

OBS. XIII. — Mlle Dur., 25 ans. « Démence précoce. Désaffectivité familiale. A frappé son père et sa tante. Inertie physique et intellectuelle. Troubles cénesthésiques. Cauchemars. Pleurs par intervalles. Bizarries du comportement. Turbulence fatigante à certains moments. Maniérisme, indocilité, irritabilité, colères. Violences à une infirmière du service. Tentative de suicide par empoisonnement au laudanum et précipitation dans un puits. Hérédité vésanique collatérale. » D<sup>r</sup> Dupouy, 18 juillet 1934.

*H. M.* — Début il y a 4 ans après crise d'appendicite, par troubles du caractère, impulsivité, méchanceté.

*Traitement* : du 23 juillet au 22 septembre, 10 injections d'huile soufrée ; du 25 juillet au 26 septembre, myochrysine aqueuse, 10 injections (1 gr. 35).

*Réactions thermiques* : moyennes faibles ; *locales* : à peine marquées.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 24 juillet : 14 ; 28 juillet : 18 ; 1<sup>er</sup> août : 36 ; 3 août : 6 ; 7 août : 8 ; 10 août : 64 ; 14 août : 5 ; 17 août : 21.

*Persistance des règles.*

*Poids* : 19 juillet : 40 kg. 2 ; 13 août : 42 kg. 6 ; 5 octobre : 40 kg.

*Evolution psychique* : aucune amélioration.

OBS. XIV. — Lav., 29 ans. « Démence précoce. Inertie. Indifférence. Idées anxieuses de persécution. Maniérisme. Sourires. Grimaces. Contorsions. Malpropreté. Désordre des actes. Difficulté de l'alimentation. Attitudes catatoniques. » D<sup>r</sup> Dupouy, 4 juillet 1934.

*A. H.* — Grand'mère maternelle internée. Mère bizarre.

*A. P.* — Aurait eu une lésion pulmonaire cicatrisée. Aurait eu récemment un examen pulmonaire négatif. Somnambulisme dans l'enfance.

*H. M.* — Début il y a un an et demi environ (visions, hypnotisme). Influences diverses. Aggravation depuis 8 mois. Nucléinate de soude. Absès de fixation. Thorium X. Autohémothérapie sans résultat.

*Traitement* : du 23 juillet au 20 septembre, 10 injections d'huile soufrée ; du 25 juillet au 22 septembre, 10 injections de myoral (2 gr. 30).

*Réactions thermiques* : moyennes ; *locales* : nulles.

*Réaction de Vernes-résorcine* : 24 juillet : 20 ; 27 juillet : 22 ; 1<sup>er</sup> août : 56 ; 3 août : 19 ; 7 août : 104 ; 10 août : 75 ; 14 août : 106 ; 17 août : 73 ; 23 août : 56.

*Persistance des règles.*

*Poids* : 25 juillet : 48 kg. 2 ; 28 août : 49 kg. 9.

*Evolution psychique* : sans changement.

## VII. Synthèses des résultats

## RÉSULTATS GLOBAUX

Ils sont résumés dans le tableau suivant, qui tient compte de la présentation des malades au début du traitement :

PRÉSENTATIONS	RÉMISSIONS	RÉMISSIONS TEMPO- RAIRES OU INCOMPLÈ- TES	ÉCHECS	TOTAL DES CAS
Etats maniaques atypiques.	5	1	»	6
Etats anxieux atypiques...	»	»	1	1
Etats confusionnels.....	4	1	1	6
Etats d'excitations avec dé- lire .....	»	»	1	1
Etats confusionnels clini- ques .....	1	»	1	2
Affaiblissement simple.....	1	»	»	1
Etats dissociatifs à forme :				
— délirante paranoïde...	1	2	7	10
— motrice.....	»	3	1	4
— schizotique.....	1	2	»	3
	13	9	12	34

Les formes paranoïdes sont les plus rebelles au traitement. C'est ce que nous avons noté dès le début. A égalité de traitement, les formes confusionnelles cèdent le plus vite, puis viennent les formes maniaco-dépressives.

Le moment d'apparition de l'amélioration est variable, quelquefois au cours même de la première série ; pratiquement, nous avons tendance, actuellement, au cas d'échec, à recommencer le traitement dans le mois qui suit la fin de la première série.

## RÉSULTATS D'APRÈS L'ANCIENNETÉ DE LA MALADIE

a) *Rémissions.* — Sur 13 cas, les troubles remontaient, quand le traitement fut commencé, 7 fois à moins de 3 semaines, une fois à deux mois, une fois à trois mois, une fois à quelques mois,

deux à six, une à douze. Au total, il s'agissait 10 fois de sujets malades, — en apparence, — depuis moins de 6 mois. En fait, le début réel des troubles était généralement plus ancien (baisse de l'état général, troubles du caractère, voire accès périodiques ou isolés apparus dans les années précédentes).

b) *Rémissions temporaires.* — Sur 7 cas, un seul remontait à quelques semaines ; deux remontaient à quelques mois ; quatre remontaient à plusieurs années (de 2 à 9 ans).

c) *Etats stationnaires.* — Sur 14 cas :

1 remontait à 15 jours.	1 remontait à 2 ans.
1 — à 14 mois.	2 — à 3 —
1 — à 6 mois.	2 — à 4 —
2 — à 1 an.	1 — à 5 —
2 — à 18 mois.	1 — à 7 —

Au total, dès que l'affection dépasse quelques mois, les résultats sont beaucoup plus médiocres.

#### RÉSULTATS D'APRÈS L'ÂGE DES MALADES AU DÉBUT DU TRAITEMENT

Ils sont résumés dans le tableau suivant :

AGE DES MALADES AU DÉBUT DU TRAITEMENT	RÉMISSIONS	RÉMISSIONS TEMPO- RAIRES OU INCOMPLÈ- TES	ECHECS	TOTAL DES CAS
30 ans et plus .....	»	1	4	5
25 à 30 ans .....	4	1	5	10
20 à 25 ans .....	6	2	4	12
Moins de 20 ans .....	3	3	1	7
	13	7	14	34

L'âge des malades paraît donc intervenir, le traitement donnant de meilleurs résultats chez les sujets jeunes. Le même résultat s'observe si l'on envisage non plus l'âge au début du traitement, mais l'âge des malades au début de l'affection : on constate alors que les maladies débutant chez les sujets jeunes cèdent mieux au traitement que celles survenues après la 25<sup>e</sup> année.



## RÉSULTATS PAR RAPPORT AU PASSÉ PATHOLOGIQUE DES MALADES

1) **Terrain psychique.** — Dans un grand nombre de nos cas, la psychose était apparue sur un terrain manifeste de débilité mentale. Cependant, il est difficile d'apprécier le niveau mental des sujets avant l'éclosion de la maladie. Aussi ne peut-on savoir dans quelle mesure le pronostic thérapeutique est influencé par le terrain psychique antérieur.

2) **Antécédents somatiques.** — Nous avons recherché s'il existait une relation entre les résultats thérapeutiques et les antécédents tuberculeux des malades. Ainsi que nous avons procédé dans un récent travail avec Borel et Rouart, nous avons recherché la tuberculose non seulement dans le passé des malades, mais encore, dans la mesure du possible, dans leurs antécédents héréditaires ou collatéraux : seule façon d'apprécier, à défaut d'une tuberculose évidente, la possibilité d'un terrain tuberculeux.

a) *Rémissions.* — Sur 13 malades, on trouve les faits suivants :

1° Gail... Tuberculose pulmonaire avant les troubles mentaux. Guérison des signes pulmonaires. Apparition des troubles mentaux. Reprise de ces derniers, mais d'une façon transitoire au cours de la rémission post-sulfochrysothérapique.

2° Cén... Père mort de sclérose pulmonaire (probablement tuberculeuse).

3° Las... Mère morte de tuberculose pulmonaire. Père en sanatorium. Elle-même suivie par le Dispensaire comme suspecte.

4° Sal... Pleurite ancienne (reliquats cliniques et radiologiques),

5° Bon... Fébricules au début de son récent accès. Pleurésie avec épanchement après l'entrée en rémission.

6° Bras... Une sœur tuberculeuse. Elle-même suivie au Dispensaire.

7° Bor... Séjour ancien en préventorium.

8° Kry... Longtemps traitée pour bronchite chronique.

9° Sch... Obscurité respiratoire au sommet droit.

Au total : 6 cas de tuberculose avérée tant dans les antécédents personnels que collatéraux ou héréditaires. Chez le père d'une septième, sclérose pulmonaire. Chez une huitième malade, bronchite chronique ; chez une neuvième, petits signes respiratoires suspects.

b) *Rémissions temporaires ou partielles.* — Sur 7 malades, on trouve :

1° Gouy... Père opéré de tuberculose rénale.

2° Las... Adénite ancienne opérée (habitus tuberculeux).

Au total, deux malades sur sept présentent des antécédents personnels ou héréditaires de tuberculose.

c) *Etats stationnaires.* — Sur 14 malades, on trouve :

1° Séga... Tuberculose pulmonaire évolutive.

2° Roub... Tuberculose chez oncle et grand-père.

3° Leib... Mal de Pott chez un frère. Développement d'une tuberculose pulmonaire après sulfochrysothérapie.

4° Mout... Tuberculose probable des doigts.

5° Aba... Tuberculose chez le grand-père.

6° Dura... Mère morte de tuberculose.

En résumé, *il y a plus de manifestations avérées ou probables de tuberculose dans les cas qui se sont améliorés que dans les deux autres groupes de malades.*

En analysant les cas de plus près, on met de plus en évidence les faits suivants :

a) Dans les *cas suivis de rémission*, 8 fois sur 9, la tuberculose s'est manifestée directement chez la malade elle-même. Sauf dans un cas, il s'est agi en règle de formes frustes de tuberculose : soit sclérose pulmonaire, séjours anciens en préventorium, suspicion sans lésions bien nettes (malades suivies en dispensaire), soit pleurésie ou pleurite.

Enfin, dans les cas où cette tuberculose se retrouvait à titre d'antécédents non personnels, elle intéressait un parent immédiat (père, mère, sœur).

b) Dans les cas de rémissions temporaires ou partielles, il s'agissait, l'une des deux fois, d'une jeune fille présentant à la fois hérédo-tuberculose et hérédo-spécificité (Bordet-Wassermann + dans le sang, kératite ancienne, stigmates divers). La tuberculose n'y était donc pas seule en cause.

Dans le second cas, la tuberculose était probable, mais non certaine.

c) L'analyse des cas demeurés stationnaires montre que trois fois seulement sur les six où la tuberculose fut observée, il s'agissait de tuberculose personnelle. Encore l'un de ces trois était-il douteux. La malade avait, par ailleurs, été traitée pour syphilis à Broca.

Sur les 5 cas où l'on retrouve une tuberculose familiale, celle-ci concerne trois fois des parents non immédiats (deux fois les grands-parents, une fois un oncle).

Enfin, s'il est vrai que, sur ce terrain bacillaire, le traitement

n'a pas agi, des nuances cliniques modifient légèrement ce résultat global :

1) Le cas Dur... s'est amélioré légèrement (il s'agissait d'ailleurs partiellement d'une forme dégénérative : une sœur de cette malade est idiote).

2) Le cas Aba... a présenté une amélioration légère au cours de la première série.

3) Le cas Leib... a présenté une amélioration légère, mais manifeste, après la première série.

4) Le cas Ség... concernait une tuberculose déjà avancée (la malade est morte quelques mois plus tard) et le traitement a été peu poussé.

5) Le cas Mont... concernait une fille également syphilitique.

6) Quant au cas Roub..., il concernait une malade au mauvais état général, ayant réagi à peine, au moins à la première série de piqûres.

Bien entendu, à ces considérations s'ajoutent celles, précédemment énoncées, qui rendaient peu probable une amélioration (ancienneté des cas, âge des malades, etc.).

En conclusion, le nombre de cas améliorés s'est trouvé en rapport avec la fréquence de la tuberculose dans les antécédents personnels ou familiaux des malades.

#### RÉACTIONS TUBERCULEUSES AU COURS DU TRAITEMENT

Nous avons signalé ailleurs les cas de reviviscence d'un foyer tuberculeux à la suite du traitement. Trois fois, une localisation tuberculeuse respiratoire fut observée.

De ces cas, le premier en date concernait une jeune fille, tuberculeuse ancienne, déclarée guérie quelques semaines avant le début de ses troubles mentaux. Elle fit, à la suite des injections d'huile soufrée, un abcès local. Celui-ci, une fois incisé, apparut, en même temps que l'état mental s'améliorait, un foyer de condensation pulmonaire, avec fonte musculaire, bacilles de Koch dans les crachats, température oscillante, mauvais état général. Rapidement, les signes généraux s'atténuèrent, les bacilles disparurent. La malade, en quelques mois, a repris 15 kilos ; deux mois plus tard, la réaction de Vernes-résorcine était tombée à 25. Depuis, l'état général se maintient satisfaisante.

La seconde malade a fait un épanchement de la base droite dans les jours qui suivirent l'entrée en rémission. Elle avait des antécédents de pleurite, avec fébricule vespéral avant son entrée à l'asile. Elle a été revue, il a quelques semaines, en bonne santé.

Chez la troisième, au contraire, apparut un foyer de condensation qui a évolué ultérieurement. Cette malade ne s'est pas améliorée au point de vue mental. Elle présentait par ailleurs des antécédents collatéraux tuberculeux.

Certes, on a insisté à plusieurs reprises sur les phénomènes de balancement psychosomatique dans l'évolution de nombre de démences précoces. Il est intéressant de constater que, dans les cas en question, deux fois sur trois, ce balancement s'est produit à la suite du traitement.

Nous avons essayé d'interpréter ces faits par la lecture systématique des cuti-réactions tuberculiniques chez nos malades. Dans quelques cas, la cuti-réaction s'est trouvée modifiée au cours du traitement. Dans deux cas, négative au début, elle était, au cours ou à la fin du traitement, devenue positive ou subpositive. L'une des malades avait présenté une rémission réelle, l'autre une rémission imparfaite. Un fait du même ordre s'est produit pour une troisième malade, dont l'état mental ne s'est cependant pas modifié.

Ces modifications traduisent-elles le passage d'un état d'anergie à un état d'allergie ? Les faits sont certainement complexes et demandent des recherches complémentaires.

#### ETUDE BIOLOGIQUE DU TRAITEMENT

Elle a fait l'objet d'un travail d'ensemble paru dans le *Progrès Médical* et dans la thèse de Kerfridin. Nous n'insisterons pas sur certaines données que nous avons rappelées à plusieurs reprises (suppression fréquente des règles pendant le traitement, perte de poids suivie d'une réascension plus ou moins rapide, anémie et leucocytose dans les jours qui suivent l'injection d'huile soufrée, modifications de la vitesse de sédimentation globulaire).

Nous avons étudié systématiquement (et à intervalles très rapprochés dans quelques cas) la réaction de Vernes-résorcine durant le traitement (1). Le taux de floculation est extrêmement variable suivant les cas. Il est maximum le deuxième ou troisième jour après l'injection d'huile soufrée. Ce maximum augmente (irrégulièrement d'ailleurs) jusqu'à atteindre son point culminant entre la 6<sup>e</sup> et la 9<sup>e</sup> injection d'huile soufrée. Le taux de floculation, une fois terminé le traitement, revient rapidement

(1) Nous remercions M. le D<sup>r</sup> Vernes (Directeur de l'Institut Prophylactique) et ses collaborateurs, qui ont bien voulu se charger des nombreux examens nécessités par cette recherche.

aux environs de son point de départ. De l'ensemble des résultats obtenus se dégage la notion suivante :

Un chiffre faible est *le plus souvent* symptomatique d'un échec thérapeutique. Un chiffre élevé a *assez souvent* coïncidé avec un pronostic favorable. Néanmoins, cette règle souffre de nombreuses exceptions.

Cliniquement, l'étude des réactions locales appelle les mêmes conclusions : l'absence complète de réactions locales s'est généralement révélée d'un fâcheux pronostic. Des réactions importantes ont, dans nombre de cas, été symptomatiques d'une évolution favorable.

### Conclusions

I. — Nous apportons une statistique portant sur 34 cas de femmes atteintes de troubles mentaux entrant dans le cadre des états à type de démence précoce, et traitées par l'association sulfochrysothérapique. Cette statistique comporte des cas d'ancienneté variable, de quelques semaines à plusieurs années.

II. — Les résultats sont en gros les suivants :

Rémissions : 13.

Rémissions imparfaites ou transitoires : 7.

Echecs : 14.

III. — Les rémissions concernent :

1° Des états à prédominance maniaque atypique, confusionnelle, plus rarement dégénérative, schizotique ou autres.

2° Des formes à début récent (quelques mois).

3° Des formes survenant chez des sujets jeunes (moins de 25 ans).

IV. — En ce qui concerne les rapports entre les résultats et la notion de tuberculose dans le passé ou l'entourage des malades :

1° Dans les formes suivies de rémissions, 8 fois sur 13, on retrouve une tuberculose antérieure, surtout personnelle ; — et, dans ces cas, fruste, — plus rarement collatérale ou parentale.

2° Dans les formes suivies de rémissions temporaires, 2 fois sur 7, la tuberculose existait, mais, douteuse dans l'un de ces cas, elle concernait en outre, dans l'autre, une hérédo-syphilitique certaine.

3° Dans les formes suivies d'échecs, la tuberculose pouvait être retrouvée 6 fois sur 14 chez les malades ou leur entourage. Il s'agissait alors, soit de tuberculose tardive et intense, soit de

tuberculose parentale éloignée, soit de tuberculose accompagnée de syphilis.

4° Dans trois cas apparut, en fin de traitement, un épanchement pleurétique ou un foyer de condensation pulmonaire, dont deux furent transitoires, le troisième ayant continué par la suite à évoluer. Dans d'autres cas (dont deux sur trois ont coïncidé avec une rémission), la cuti-réaction tuberculinique, négative au début, devint positive ou subpositive au cours du traitement.

V. — L'étude de nos cas nous a amenés à préciser notre conception des états à type de démence précoce. Ces derniers comprennent :

- 1) des états démentiels vrais (idiotie acquise) ;
- 2) des états confusionnels chroniques (type Régis) ;
- 3) des états dissociatifs, la dissociation portant sur l'ensemble des facultés et réalisant une entité particulière, la schizophrénie (soit à type hétérophrénico-catatonique ou paranoïde, selon qu'y prédomine l'atteinte affectivo-volitionnelle ou intellectuelle, soit à type schizophrénique simple). La schizophrénie est une forme clinique de la dissociation, comme la démence précoce simple est une forme clinique de la démence en général.

En fait, il est rare que chacun des trois états précédents évolue pour son propre compte. Généralement, il se complique de l'un quelconque des deux autres. A ne considérer que le point de vue clinique et évolutif, et en se dégageant de toute notion étiologique ou pathogénique, il est clair, qu'au point de vue fréquence, les états dissociatifs schizophréniques prédominent nettement dans l'adolescence ou chez les sujets jeunes sur les autres états. C'est donc autour d'eux qu'est pratiquement centrée la question du dépistage de la « démence précoce », soit qu'ils se manifestent d'emblée, soit qu'ils viennent se greffer sur tout autre état psychopathique de cet âge (état maniaco-dépressif, confusionnel, terrain schizotique). Leur constatation constitue une indication majeure du traitement.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CARON. — Intervention à la Soc. Méd.-Psychol. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1934.
2. CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.) et Mlle BONNARD. — Les lipides du sang dans les maladies mentales. *Biologie médicale*, février 1935.
3. CLAUDE (H.), COSTE (F.) et DUBLINEAU (J.). — Etude comparée des pyrétothérapies parasitaires, infectieuses, organiques et chimiques dans le traitement de la démence précoce. *1<sup>er</sup> Congrès de Thérapeutique*, 1933, Paris, Doïn.
4. CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — Pyrétothérapie et chrysothé-

rapie associées dans le traitement de certaines démences précoces. 1<sup>er</sup> Congrès de Thérapeutique, 1933, Paris, Doin. *Avenir médical*, décembre 1933.

5. CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — Essais de pyrétothérapie soufrée et de chrysothérapie associées dans le traitement de certaines démences précoces. *Gazette des Hôpitaux*, 20 décembre 1933.
6. CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.), BOREL et ROUART. — La tuberculose dans les antécédents personnels et familiaux des déments précoces et des autres psychopathes. *Paris médical*, janvier 1934.
7. CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle, traités par les sels d'or associés à l'huile soufrée. *Ann. Méd.-Psychol.*, décembre 1933.
8. CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.) et KERFRIDIN. — De quelques modifications biologiques dans la sulfochrysothérapie des psychoses et de leur valeur pronostique. *Progrès médical*, 27 juillet 1934.
9. CROCE (G.). — Risultate della sulfoterapia nelle schizofrenie iniziale. *Schizofrenie*, 1932, I, 31-41.
10. CROCE (G.). — Ancora sull'azione della terapia piretozena solforosa nelle schizofrenie. *Schizofrenie*, 1933, II, 23-31.
11. DAUSSET et BRACE-GILLOT. — Traitement physiothérapique des polyarthrites chroniques. Indication et contrôle fournis par la réaction de Vernes à la résorcine. III<sup>e</sup> Conf. Intern. du Rhumatisme, 1932, Paris (15-18 octobre).
12. DONNADIEU et LÔÔ. — La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1934 (I), mai, 702.
13. DUBLINEAU (J.). — Les bases du traitement en psychiatrie. *Journ. de Méd. de Paris*, octobre 1934.
14. DUBLINEAU (J.). — Intervention à la Soc. Méd.-Psychol. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1934 (II), 849.
15. FRIBOURG-BLANC et LASSALLE. — *Ann. Méd.-Psychol.*, mars 1935.
16. HAMEL (J.), CHAVAROT (M.), DUMONT (J.) et LALANNE (J.). — Les modifications sanguines au cours de la pyrétothérapie soufrée. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1935 (I), 111.
17. HYVERT, STOERR et COHN. — Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce. *Ann. Méd.-Psychol.*, 1934 (II), 840.
18. KERFRIDIN. — Traitement de certaines démences précoces par les sels d'or associés au soufre pyrétogène. *Thèse Paris*, 1934.
19. LEBEUF (F.) et MOLLARD (H.). — Nouveau cas de méningite tuberculeuse à la suite d'injections de sels d'or. *Bull. Soc. Derm.*, 1932, 1594.
20. LEBEUF (F.), MOLLARD (H.) et PAUGET. — Présence de l'or dans le liquide céphalo-rachidien des sujets traités par injections intraveineuses de crissalbine. *Bull. Soc. fr. derm. et syphil.*, 1931, 513 et 751.
21. LEBEUF (F.), MOLLARD (H.) et POPOVITCH (O.). — Syphilis et auro-résistance. *Presse médicale*, 1933, août, 1161.
22. Mlle PASCAL et DOUSSINET. — Hébéphrénie et tuberculose. *Arch. intern. de neurol.*, 1932, II (24<sup>e</sup> série), 535-563.
23. RICHET fils (Ch.), DUBLINEAU (J.) et JOLY (F.). — Pyrété et chimiothérapie associées dans la syphilis primaire et secondaire. Etude clinique et expérimentale. *Presse médicale*, 25 octobre 1933.
24. SCHRÖDER (Knud). — Le traitement par le soufre (sulfosine) de la paralysie générale et de quelques autres maladies syphilitiques ou non du système nerveux central. *Ann. Méd.-Psychol.*, octobre 1930.

LA DISCUSSION DE 1855  
A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE  
SUR L'HALLUCINATION  
ET L'ÉTAT ACTUEL DU PROBLÈME  
DE L'ACTIVITÉ HALLUCINATOIRE

PAR

HENRI EY (1)

Nous avons cru bon, par la confrontation d'une discussion sur l'hallucination célèbre dans nos *Annales* et des théories qui s'opposent actuellement, de rendre sensible le point essentiel et névralgique de cet éternel débat. L'antagonisme des opinions en 1855 cachait, comme la diversité des points de vue en 1934, la contradiction qui sépare la notion d'*hallucination-sensation* et la notion d'*hallucination-illusion*. C'est à mettre en évidence le sens le plus exact du problème des hallucinations et à l'orienter vers la solution qui nous paraît la plus féconde, que nous désirerions nous employer sans espérer y réussir complètement.

La forme de notre présent travail pourra paraître, à quelques-uns, trop désuète et à d'autres, plus nombreux, « trop psychologique ». Outre que nous ne parvenons pas à entrevoir la possibilité de dire quoi que ce soit — ne fût-ce qu'un mot — sur les hallucinations qui ne fasse appel *ipso-facto* à des concepts psycho-

(1) La Société Médico-Psychologique ayant mis à l'ordre du jour de sa séance du 22 octobre 1934 le problème des hallucinations, ce travail de M. Henri Ey, que l'heure tardive ne permit pas d'entendre à cette séance, fut remis au début de la séance du 26 novembre 1934. A cette date, la mort de notre regretté collègue, le D<sup>r</sup> G. G. de Clérambault, fit interrompre une discussion à laquelle il prenait une part importante, et retarder la publication de cet exposé que M. Henri Ey avait rédigé pour la séance du 22 octobre 1934. (Note du Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique).



logiques, nous pouvons d'emblée « rassurer » ceux qui voudront bien lire ce mémoire et qui, en nous voyant adopter le langage et les idées des psychologues, pourraient en déduire prématurément que c'est à la psychogénèse pure de l'activité hallucinatoire que nous concluerons. Rien n'est plus loin de notre pensée. Nous nous hâtons même de dire que l'analyse psychologique *indispensable* nous paraît destinée à préparer la solution physiologique des problèmes plutôt qu'à les résoudre.

Aussi bien, pour retrouver, dans le fatras de faits et de théories qui se heurtent et se contredisent, un fil conducteur, il nous a semblé que l'analyse psychologique préalable devait se doubler d'une étude de l'évolution des idées qui la complète et, pour ainsi dire, la vérifie. C'est pourquoi l'idée nous est venue d'examiner une des phases les plus importantes de l'étude des hallucinations chez nous. Ce n'est pas sans émotion que l'on peut lire cette discussion de 1855 où tant de bons esprits ont tenté de coordonner leurs efforts pour pencher dans la science des hallucinations. Sans prétendre en restituer ici le ton et la vie, c'est d'elle que nous allons d'abord parler.

### I. La Discussion de 1855-1856 à la Société Médico-Psychologique

On venait de discuter, à l'Académie Impériale de Médecine, des rapports entre le rêve et le délire. Quelque temps avant, on avait discuté des rapports du délire et de la folie. Le 26 février 1855, Delasiauve fit une communication sur « une forme maniaque spéciale chez les enfants ». Il signalait l'apparition d'états extatiques et il était amené à déclarer que, « si l'extase correspond, selon toute apparence, à un léger degré d'éréthisme cérébral qui dérobe l'exercice intellectuel à la puissance volontaire pour le subordonner à l'automatisme organique... cet état peut s'observer toutes les fois qu'il y aura, dans le principal foyer de l'activité normale, une condition quelconque ou physique ou morale, favorable à la production du spasme ». C'est ainsi que fut mis, si l'on peut dire, le feu aux poudres. On discuta d'abord la question de savoir s'il y avait des extases physiologiques (normales). La présence des hallucinations fut avancée par Delasiauve lui-même et surtout par Baillarger et Alfred Maury comme caractère des extases pathologiques. D'où les questions qui ont dominé tout le débat : Y a-t-il des hallucinations physiologiques ? Les hallucinations ne sont-elles que l'exagération de l'état nor-

mal ? Sont-elles compatibles avec la raison ? Autant de questions, n'est-il pas vrai, que nous avons perdu l'habitude de nous poser, mais qui restent impliquées et parfois pressantes dans nos discussions actuelles.

La Société Médico-psychologique consacra ses séances du 26 février, 30 avril, 29 octobre, 26 novembre, 10 décembre, 31 décembre 1855 et du 18 janvier, 25 janvier, 31 mars et 28 avril 1856 à la discussion. Des hommes éminents qui y prirent part, certains comme Delasiauve, Baillarger, Brière de Boismont, Michea, Parchappe, ont su rendre leur nom célèbre. Les autres, Buchez, Peisse, Adolphe Garnier, de Castelnau, Sandras, Bourdin, sont restés dans une pénombre que leurs discours et leur esprit d'observation devraient nous commander de dissiper. Ce n'est pas sans une vénération admirative que l'on peut lire, dans la collection de nos *Annales* (1), les considérations de nos devanciers. Ce sont de véritables discours dont l'éloquence, la véhémence et la rigueur témoignent de ce mélange d'esprit scientifique et d'ardeur, caractéristique de l'attitude du psychiatre dont l'objet d'étude est le plus directement et profondément humain.

Si maintenant nous tentons, à 80 ans de distance, de résumer le débat, voici comment nous apparaissent les positions respectives.

A. RELATIONS DE L'IMAGINATION ET DE L'HALLUCINATION. — Buchez, Peisse, Delasiauve, Brière de Boismont soutiennent qu'il y a unité, sous la diversité apparente, de la sensation, de l'image et de l'hallucination : ce sont les *unitaires*. Au contraire, Maury, Baillarger, de Castelnau (avec quelques réserves), Michéa, Sandras, Bourdin et Parchappe affirment qu'entre imagination et souvenir d'une part et hallucination d'autre part, il y a hétérogénéité totale. Garnier se range à l'avis de Baillarger, mais il ne serait pas difficile de montrer que cette position est plus apparente que réelle.

B. CARACTÈRE « PHYSIOLOGIQUE » OU « PATHOLOGIQUE » DE L'HALLUCINATION. — Buchez, Peisse, Brière de Boismont et Delasiauve (avec quelques réserves), se retrouvent dans le même camp pour déclarer qu'il y a des hallucinations « physiologiques ». Maury, Baillarger, Michéa, Bourdin, Parchappe, sont de l'opinion que toute hallucination est pathologique. Garnier, de Castelnau, Sandras, n'émettent pas d'opinion.

(1) Cf. *Annales Médico-Psychologiques*, 1855, p. 527 à 549, et 1856, p. 126 à 140 ; p. 281 à 305 et p. 385 à 446.

C. COMPATIBILITÉ DE L'HALLUCINATION ET DE LA RAISON. — Buchez, Peisse, Delasiauve, Brière de Boismont, Baillarger et Parchappe pensent qu'il y a comptabilité. De Castelnau dit le contraire. Garnier et Michéa se réservent.

Mais dans ce débat, bien d'autres problèmes fondamentaux ont été touchés.

En ce qui concerne la *nature de l'hallucination*, Baillarger est formel : l'hallucination, dit-il, *n'est pas une erreur, c'est une sensation*. Michéa est également de cet avis. Les autres n'abordent cette question qu'indirectement. Buchez, Peisse, Maury, Delasiauve, Bourdin, Parchappe parlent cependant de l'hallucination comme d'une *illusion dont est dupe le sujet* qui prend ses images pour des réalités. Quant à cette expression « être dupe », Parchappe spécifie que même lorsque le sujet ne se laisse pas prendre au mirage hallucinatoire, il s'agit d'une illusion. — Garnier admet l'intervention de facteurs sensoriels. — Maury et Parchappe distinguent des sensations illusoires des vraies hallucinations. Mais le débat ne s'établit pas sur ce point.

Quant au *déterminisme générateur des troubles hallucinatoires*, Buchez admettant la réversibilité de la série sensation-image admet la possibilité d'un excitant interne qu'il ne précise pas. — Peisse déclare que les causes de cette excitation sont inconnues, il avance l'importance du système ganglionnaire dans le mécanisme hallucinatoire (curieuse anticipation des travaux que nous devons à Mourgue). — Delasiauve s'abstient de toute hypothèse. — Brière de Boismont admet qu'une conception très passionnée peut exciter les organes périphériques. — Garnier ne se prononce pas. — La théorie mixte de Baillarger est bien connue : l'hallucination est en même temps automatisme (exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination) et excitation sensorielle. — De Castelnau, Michéa, Sandras, Bourdin n'émettent à ce sujet aucun avis. — Parchappe, conformément à sa distinction entre hallucination (ou imagination illusoire) et sensations illusoires, admet pour ces dernières un facteur sensoriel et pour les premières il déclare, en prononçant les derniers mots de cette discussion, que « les hallucinations vraies sont toujours non seulement encéphaliques mais encore cérébrales et la condition organique de leur manifestation doit être cherchée essentiellement dans un état vital particulier de la couche cérébrale ».

Tels sont les traits généraux de cette discussion.

EXAMEN CRITIQUE DU DÉBAT. — Nous disions tout à l'heure que ce n'était pas sans quelque gêne que nous osions rappeler cette

mémorale discussion. Cette gêne devient un véritable embarras maintenant qu'il faut, pour rendre féconde cette confrontation de nos idées et de celles de nos devanciers, essayer de les critiquer. Avons-nous besoin d'affirmer que cet examen critique, après 80 ans et l'ensemble des acquisitions dont la psychiatrie s'est enrichie, ne saurait être entrepris dans un esprit de dénigrement ? Il est fatal qu'une époque juge celle que l'a précédée, c'est la meilleure façon d'en tirer l'enseignement qu'elle lui doit. C'est dans cet esprit de libre discussion, seul digne de nos éminents prédécesseurs, que nous voudrions essayer d'examiner le débat :

Faisons d'abord deux remarques. Tous ceux qui prirent part à la discussion n'ont parlé que des hallucinations visuelles. Il semble bien d'ailleurs que lorsqu'on pense aux hallucinations, ce soit à celles-là qu'on recoure le plus généralement peut-être parce qu'elles posent le problème plus clairement quand on fait porter le débat sur le caractère « sensoriel » de l'hallucination.

Il n'est, d'autre part, jamais fait allusion aux hallucinations de la sensibilité générale. Nous verrons ultérieurement qu'elles n'étaient pas arrivées à leur degré de maturité puisqu'on les rangeait sous le nom d'illusions sensorielles.

Si nous essayons de pénétrer dans la discussion, de comprendre son mécanisme, nous sommes tout de suite frappés de ce fait que l'on a discuté sur les trois points que nous indiquions précédemment avec beaucoup d'éloquence et d'ardeur, mais que les clans formés autour de chaque question ne sont pas très homogènes. Les idées semblables à un certain point de vue deviennent dissemblables à un autre. Qu'est-ce à dire sinon que dans cette terrible question de l'hallucination, les opinions se nouent et se dénouent relativement à certains points particuliers, mais paraissent laisser intacte et purement virtuelle la thèse fondamentale. Or, cette thèse fondamentale, chacun la « sent » dans la fameuse discussion, mais personne, sauf Baillarger et de Castelnau, ne la formule nettement. Cette thèse vise la nature du phénomène hallucinatoire. Une question subordonne toutes les autres, les dépasse et les régit, c'est celle de savoir si l'on peut concevoir l'hallucination comme une sensation anormale que le sujet reçoit plus ou moins passivement ou si on doit y voir une illusion par laquelle il confère des valeurs de réalité à des contenus de conscience qui n'en comporte pas. Tel est sous-jacent à la discussion de 1855, comme il le reste encore aujourd'hui, le vrai problème : « *tot capita tot sensus* » ? C'est lui qui donne son sens le plus profond et son aspect le plus irritant aux études sur les

hallucinations. Mais tandis que la théorie « *sensus* », plus simple est aussi plus sommaire, la théorie « *capita* » plus complexe est plus nuancée.

Pour ceux qui admettent d'une façon plus ou moins explicite que *l'hallucination est une sensation anormale*, il est clair qu'ils doivent déclarer, tout de go, comme Baillarger que l'hallucination est irréductible à l'imagination — qu'elle est toujours pathologique — qu'elle est compatible avec la raison.

L'opinion de ceux qui voient dans l'hallucination une *illusion* par contre pourra se formuler dans deux directions, ils pourront dire, en effet, en un sens que l'hallucination est identique à l'image puisque dans son essence il y a un apport d'imagination (c'est la thèse de Delasiauve et de Brière de Boismont) ou en un autre sens qu'elle en diffère car ce qui distingue l'hallucination de l'image, ce n'est pas une simple différence de degré dans son intensité, mais un changement de « *signe* », de valeur (c'est la thèse de Garnier, de Maury et de Parchappe notamment). — Quant à la 2<sup>e</sup> question de savoir si l'hallucination est toujours pathologique, là encore les partisans de la thèse de l'hallucination-illusion peuvent dire que l'hallucination est toujours pathologique en tant qu'il est fatalement morbide de prendre des images pour des réalités (Maury, Parchappe), mais que l'hallucination en continuité directe avec les processus psychiques normaux n'est pathologique que par l'illusion qui s'y attache (Delasiauve). — Enfin, en ce qui concerne la 3<sup>e</sup> question de la compatibilité avec la raison, les partisans plus ou moins avoués de la théorie de l'hallucination-illusion font encore un « *distingo* » et peuvent dire que l'hallucination est compatible avec la raison en ce sens qu'elle est analogue aux illusions de l'individu normal (Delasiauve, Brière de Boismont), mais qu'elle est incompatible avec la raison si l'on entend par raison la faculté de corriger les illusions ou de les empêcher (De Castelnau).

Nous pouvons donc conclure que la difficulté de saisir et d'ordonner les arguments dans la discussion qui nous occupe vient de ce fait que, malgré la déclaration de Baillarger et surtout l'important discours de Castelnau (p. 133, A.M.P., 1856), *le problème qui hantait chacun n'a pas fait la base de la discussion*. Comment s'en étonner d'ailleurs puisque les études sur l'hallucination ne s'étaient pas encore assez développées pour serrer le problème de plus près ; il convient au contraire d'admirer combien malgré cela, la discussion a touché au vif et au plus profond du problème.

Il y a lieu de faire encore une autre constatation, nous sem-

ble-t-il, c'est que de l'ensemble de la discussion il résulte que ce sont les postulats de la thèse sensationniste qui paraissent l'avoir emporté : l'hallucination est irréductible à une image dans son essence — elle est nécessairement pathologique, — elle peut jailir seule, isolée au sein d'un psychisme sain.

Sans doute cette thèse avait — et a encore, qu'il nous soit permis de le dire, — le mérite de la clarté et de la simplicité, mais elle avait en 1855 un autre mérite, elle constituait une hypothèse extrêmement féconde. Elle l'a bien prouvé. C'est ce que nous allons voir.

## II. Développement des idées sur les hallucinations depuis 1855

On ne peut que renvoyer aux magnifiques études de Mourgue sur l'évolution des idées en cette matière. Nous avons déjà souligné plusieurs fois l'importance de la thèse de M. G. Petit où on trouve des vues également très profondes sur l'unité du mouvement clinique et pathogénique qui constitue le développement des études sur l'hallucination de 1855 à nos jours.

Disons que cette évolution générale s'est faite sous la double loi de la dévalorisation de la notion d'hallucination et de la « mécanisation » du trouble hallucinatoire. Dévalorisation, car la notion d'illusion sensorielle est devenue celle de sensation anormale. Mécanisation, car si l'on pouvait encore discuter en 1855 de l'hétérogénéité de l'hallucination et de l'imagination, de plus en plus l'école classique chez nous s'est représentée et se représente l'hallucination comme une excitation mécanique plaquée sur la personnalité, sur la conscience par un automatisme physique *créateur* qui rompt à sa base tout rapport avec la personnalité, l'inconscient, la pensée du sujet.

1) MULTIPLICATION DES PHÉNOMÈNES HALLUCINATOIRES. — Du point de vue clinique, le développement des idées sur la nature sensorielle des hallucinations et la nécessité où l'on s'est trouvé de considérer qu'à chaque sens correspondaient des images envisagées comme des atomes matériels auxquels un déclenchement interne conférait la qualité hallucinatoire, ont eu pour premier résultat de faire décrire un grand nombre de phénomènes hallucinatoires. Notamment, on a rattaché aux hallucinations tout le groupe que Parchappe en séparait (et que distinguait encore Pierret à propos des troubles cénesthésiques du tabès, pour lui encore, non hallucinatoires), c'est-à-dire celui des illusions sen-

sorielles qui sont devenues les *hallucinations de la sensibilité générale* interprétées comme dues à des excitations mécaniques plus ou moins périphériques ou centrales.

D'autre part, Baillarger avait décrit des *hallucinations psychiques* auxquelles manquait le caractère spatial et d'intensité sensorielle. On ne s'en occupa guère en 1855, car le glissement de la notion d'hallucination était peu accentué et l'on discutait précisément sur la grande « sensorialité » de l'hallucination. Mais lorsque la notion d'hallucination subit une dégradation plus marquée jusqu'à devenir synonyme d'excitation sensorielle interne (entraînant quand l'excitation est forte l'hallucination sensorielle et quand l'excitation est faible les hallucinations psychiques), les hallucinations psychiques ont conquis droit de cité depuis les pseudo-hallucinations d'Hagen et Kandinski jusqu'aux représentations aperceptives de Petit. Par une conséquence directe du renversement des valeurs que représente cette dégradation, les hallucinations psychiques sont devenues dans la suite le type le plus authentique des hallucinations (Dupouy), c'est-à-dire des corps étrangers. Comme chemin faisant, la considération du caractère sensoriel de l'hallucination soudé à la psychophysiologie des images révélait l'impossibilité de maintenir intégralement la séparation de l'hallucination et de la représentation et comme il devenait de plus en plus facile d'expliquer mécaniquement un phénomène réduit à n'être qu'un « scorie » psychique, on est arrivé à étendre le concept dévalorisé d'hallucination à tout ce qui paraissait au sujet mû par une excitation anormale, qu'il n'éprouvait pas comme spontané. Le mouvement naturel de la théorie (solidaire de la théorie des centres d'images) a abouti à cette double conséquence contradictoire d'intégrer d'une part dans les hallucinations considérées comme des sensations, des contenus de conscience sans sensorialité et d'autre part de se représenter en définitive tous les modes d'hallucination comme des différences de degré dans l'intensification de l'image !

On a naturellement été amené, à mesure que le cadre hallucinatoire s'étendait, à faire entrer dans le groupe des hallucinations, des paroles plus ou moins fortement et complètement prononcées et c'est l'ère des hallucinations psycho-motrices verbales de M. Ségla...

Enfin, plus près de nous, on en est arrivé, toujours en vertu du même élan, à décrire dans le cadre des hallucinations de plus en plus vides, formelles, « négatives » — étant juste le contraire de l'hallucination primitive authentique — des ratés, des lapsus, etc... A ce moment précis, l'hallucination a perdu jusqu'à

son nom — et c'était naturel — pour devenir *automatisme mental* (1).

Il est très loin de notre pensée de présenter ce mouvement scientifique au premier chef comme une erreur ou un malheur. Il est licite dans l'ordre scientifique qu'une hypothèse se déroule jusqu'à ses plus extrêmes conséquences. Elle fournit, en s'éprouvant, une moisson abondante de faits. Sous le nom d'hallucinations psychiques, psycho-motrices, automatisme mental, trois grands psychiatres, Baillarger, Séglas et G. de Clérambault ont enrichi considérablement le capital psychiatrique. Mais si elle doit se dérouler jusqu'à ses plus extrêmes conséquences, une hypothèse ne peut les dépasser. Elle trouve elle-même sa propre limite dans les contradictions qu'elle contient.

Enregistrons à ce point de vue trois mouvements de réaction :

1° Certains ont pu dire que les hallucinations psychiques sont de fausses hallucinations, des pseudo-hallucinations. Si nous admettons que l'hallucination est une sensation, elles ne sont pas des hallucinations : ce sont des interprétations délirantes (Masselon, Blondel, Claude dans ses premiers travaux) ou des non-intégrations à la personnalité psychique (Guiraud).

2° D'autres ont dit que les hallucinations psychiques ne sont que des hallucinations psycho-motrices. Or, l'essence de l'hallucination psycho-motrice, c'est le délire (Séglas).

3° Enfin, le syndrome d'automatisme mental est l'expression d'une illusion qu'éprouve le sujet quant à sa propre personnalité et à sa vie intérieure (Séglas, Janet, Ceillier).

Ce mouvement et les réactions qu'il a entraînées sont donc à la base des fluctuations, des classifications sémiologiques dans le domaine des hallucinations. Il a abouti à une extension, puis à un rétrécissement et, en dernière analyse, à une limite sans cesse flottante du groupe des hallucinations. L'autre conséquence, importante dans l'ordre sémiologique, c'est la conception des hallucinations envisagées comme des phénomènes parcellaires isolés du contexte psychique — pathologiques par eux-mêmes — laissant intacte l'activité psychique. Ce sont là les trois attributs inhérents à la thèse de l'hallucination sensation. Un quatrième déjà évident dans le discours admirable de Delasiauve en 1856 devait s'y ajouter : ces phénomènes engendrent le délire. D'où

(1) Remarquons au contraire le recul de la notion d'*illusion*, qui ne figure presque jamais dans la rédaction des « certificats », nous semble-t-il. Nous saisissons ici la raison la plus profonde de ce petit fait : c'est que l'illusion est devenue *sensation anormale, sans erreur*, c'est-à-dire hallucination pour la sémiologie classique.



cette double conséquence : l'établissement d'une séméiologie des hallucinations envisagées comme des phénomènes isolés et la création d'une nouvelle entité, la psychose hallucinatoire chronique (Gilbert Ballet), *psychose* basée sur des hallucinations dont est dupe un sujet lucide, intact, qui subit un supplice hallucinatoire comme le tabétique ses douleurs fulgurantes ou qui encore écoute, plus ou moins amusé ou mécontent, son cerveau ronronner...

2) EVOLUTION VERS UNE CONCEPTION MÉCANIQUE DES PHÉNOMÈNES HALLUCINATOIRES. — Une théorie *pathogénique* s'est développée parallèlement à cette évolution. Nous serons bref ici, car il nous suffit de rappeler les beaux travaux de Mourgue sur l'évolution des théories de l'hallucination et les articles où avec M. Claude nous avons traité ce point.

Parchappe l'annonçait : les théories neurologiques sont devenues corticales. L'excitation sensorielle d'abord placée dans l'organe des sens, puis dans le nerf, s'est trouvée refoulée, en dernier, dans l'écorce. Cette pente naturelle a été suivie avec autant de facilité et de vraisemblance que le cerveau était lui-même considéré comme une série de compartiments correspondant à chaque organe sensoriel, de centres sensoriels d'images. Dès lors, la théorie s'est formulée naturellement ainsi : l'épilepsie des centres sensoriels engendre les hallucinations. Les noms de Parchappe, Tamburini, Ritti, etc., sont liés à cette conception.

Le terme dernier de cette évolution, c'est la théorie de l'*automatisme mental* si parente de la théorie de la séjonction de Wernicke. Le trait le plus fondamental d'une telle conception réside, et nous ne croyons pas être démentis sur ce point, dans cette idée que l'hallucination se confond exactement avec le processus cérébral qui l'engendre de telle sorte qu'elle représente un véritable envahissement parasitaire du psychisme par un psychisme étranger hallucinatoire. Les ponts sont alors entièrement rompus avec l'activité psychique, l'ensemble de la personnalité. Conséquence inéluctable des prémisses que nous avons mis en évidence en faisant remarquer que la théorie de l'hallucination-sensation postulait une hétérogénéité totale entre l'imagination et l'hallucination. Car, malgré le glissement qui a amené une telle conception à rattacher le processus hallucinatoire à une excitation interne des centres d'images et à admettre des degrés entre image et hallucination, le postulat fondamental qui donne l'unité à l'ensemble de la théorie, reste qu'à sa base l'hallucination en elle-même et à elle seule pathologique se produit dans un psychisme sain, qu'elle est une *néoproduction*.

Naturellement, comme du point de vue clinique, des réactions se sont manifestées contre cette manière de voir. Citons-en deux des plus importantes, chez nous, qui ont ceci de commun à notre sens, d'être des réactions incomplètes.

M. Guiraud soutient que ce qu'il y a de primordial, c'est un processus qui détache les sensations internes de l'unité de la conscience du sujet, c'est un mécanisme de non-intégration des éléments cénesthésiques au moi. D'où sentiment d'étrangeté et d'influence, par souffrance cénesthésique. La désintégration au moi des données cénesthésiques s'accompagne de l'objectivation des produits de l'imagination. Dans une telle théorie, les hallucinations sont donc des illusions et le délire n'est plus immédiatement lié au processus, il ne dépend de lui qu'au second degré.

Le savant ouvrage de M. Mourgue dont on ne peut qu'admirer l'étonnante profondeur de vues et la documentation considérable représente également une théorie neurologique de l'hallucination (dite « proprement dite ») et ramenée à la spatialisation des contenus de conscience. La lecture de ce passionnant volume est trop fraîche à la mémoire de tous pour que nous fassions autre chose que concentrer les points essentiels de la thèse. La spatialisation des contenus de conscience relève d'un mécanisme neuro-endocrinien où la composante *motrice* est essentielle. Les hallucinations sont liées à des troubles végétatifs et du tonus qui « moulent » pour ainsi dire l'hallucination, celle-ci étant profondément liée à l'envahissement de la sphère de la causalité par la sphère instinctive. Dans une telle conception, nous retrouvons donc, très modifiée, modernisée et approfondie, la conception de l'hallucination-sensation, mais une atténuation importante y est apportée : une part d'erreur, d'illusion, est incluse à sa base, par sa détermination instinctive.

La réaction a encore été plus vive dans les travaux de Ch. Blondel et de Pierre Janet. Pour ces auteurs et notamment pour M. Pierre Janet, l'ensemble des troubles hallucinatoires ne peut être envisagé autrement que comme une série d'illusions (1) liées aux niveaux de l'activité psychique. A chacun de ces niveaux correspondent des sentiments, des impressions par lesquels le sujet prend conscience et de l'unité de sa personne et du degré

(1) Sans doute, M. Janet distingue les hallucinations troubles de la mémoire des illusions troubles des perceptions, mais il envisage la totalité de ces troubles comme des erreurs des sens ou des sentiments régulateurs de l'action et c'est dans ce sens que nous disons qu'il considère les hallucinations non comme des sensations effectives, mais comme des illusions du sujet sur ses propres états de conscience.

de réalité de ses contenus de conscience. C'est cela qui est primordial, c'est le tout en fonction duquel s'ordonnent nécessairement les divers aspects séméiologiques des délires hallucinatoires.

Mais en montrant la solidarité de la théorie classique (sensationniste) de l'hallucination avec la théorie de l'excitation des centres d'images, NOUS N'ENTENDONS NULLEMENT PRÉTENDRE QUE C'EST EN DEHORS DES DISCIPLINES BIOLOGIQUES ET PROPREMENT MÉDICALES QUE SE POSE LE PROBLÈME DE L'ACTIVITÉ HALLUCINATOIRE. Nous voulons simplement souligner que si la physiologie et l'anatomie pathologiques ont le dernier mot à dire — et nous le croyons, — cela ne veut pas dire nécessairement que l'hypothèse mécaniste soit vérifiée par là, car, comme nous allons le voir un peu plus loin, une autre théorie organique reste possible : la théorie dynamique.

\*  
\*\*

Nous en avons assez dit pour saisir clairement que la doctrine de l'hallucination-sensation a régné et règne en maîtresse actuellement en dépit des réactions partielles ou totales dont nous venons de parler. Ses postulats essentiels sont : 1° l'explication de l'« imagination illusoire » par les anomalies sensorielles ; 2° la rupture qui s'opère à l'apparition de la néoformation sensorielle parasitaire avec le reste de la personnalité ; 3° la genèse du délire par la production d'hallucinations partielles, lancinantes et serpentineuses. On reconnaît là les traits les plus authentiques de la doctrine de l'automatisme mental.

### III. Examen critique de la doctrine de l'automatisme mental

Quelque chose choque l'esprit dans l'énoncé d'une théorie dont nous venons de retracer la genèse. Oserons-nous vous communiquer cette impression de malaise que nous avons un jour éprouvée à son égard après y avoir comme beaucoup d'autres, adhéré. C'est la même que nous ressentons à la discussion d'un petit problème d'esthétique dont on nous permettra de dire ici un mot. Ceux qui n'ont pas eu la joie de voir, à Tolède, l'enterrement du comte d'Orgaz connaissent au moins des reproductions du célèbre tableau du Greco. Ce peintre si puissant et original a peint des personnages auxquels l'allongement fantastique, l'étiement des traits et des silhouettes donne un caractère d'extra-

ordinaire fantasmagorie. L'allongement des corps par le Greco a posé un problème : pourquoi a-t-il peint en infligeant une telle déformation au corps humain ? Des médecins et des psychologues très savants ont fourni une « explication claire et simple », c'est que l'artiste était astigmat. Souvenons-nous de la précieuse image de Tolède, rappelons-nous les deux étages du tableau, celui où sont figurés des anges et le ciel, rempli de personnages allongés, celui où se joue la dramatique scène terrestre qui est peuplé de portraits magnifiques qui ne sont pas allongés. Et alors ? Alors on éprouve un malaise à admettre que le vice supposé de la vue du Greco soit l'explication exacte, car il faudrait admettre que la déformation visuelle n'a joué que pendant que Greco peignait le ciel et qu'elle a cessé quand il peignait la terre. Cette si exacte coïncidence du hasard de la lésion et de la signification qu'elle prend aux yeux de l'observateur, voilà ce qui pour notre part nous trouble quand on propose de réduire à un trouble sensoriel le génie du Greco ou le délire.

D'où vient qu'une théorie de cette sorte en dehors du prestige qu'elle tire d'une tradition déjà longue et du caractère éminent de ceux qui la défendent exerce une telle séduction ? Elle se présente comme la théorie organique des troubles psycho-sensoriels et elle l'est, effectivement, au maximum, ce qui est loin d'être un tort ! N'y a-t-il pas lieu cependant de poser une question préalable à ce point de vue : EST-IL BIEN SÛR QUE, SI L'ON VEUT FAIRE DES TROUBLES HALLUCINATOIRES UNE THÉORIE ORGANIQUE, ON SOIT DANS L'OBLIGATION DE PRÉSENTER UNE THÉORIE MÉCANIQUE ? M. Guiraud et M. Mourgue, nous l'avons vu, nous montrent la voie ; avec notre maître, M. Claude, nous avons, à propos des états hallucinatoires de l'encéphalite léthargique, affirmé qu'il nous paraissait possible d'interpréter les faits d'étiologie toxico-infectieuse *incontestée* différemment. Mais avant d'exposer les linéaments constructifs de la conception dynamique que nous défendons, tentons d'exposer les raisons pour lesquelles nous ne pouvons adhérer à « l'automatisme mental » :

A. DU POINT DE VUE CLINIQUE, il nous semble qu'il y a quelque inconvénient à accepter les déclarations du malade telles qu'elles sont offertes au médecin. Il nous dit : « Je sens des courants électriques ». Nous croirons-nous obligés de faire une théorie de ces courants électriques dans son corps ? — « Mon cerveau est traversé d'une épingle », et on cherche, non pas tout à fait l'épingle, mais l'ombre de l'épingle, l'excitation sensorielle qui s'enfonce dans son cerveau. — « J'entends une voix », et on pense que, si personne n'a parlé dans le cerveau, une lésion a

cependant proféré des paroles. — « On me fait de la transmission de pensée », et on pense que, s'il est inexact que ce soit le persécuteur qui le fait, il est exact que c'est un processus qui fabrique ces pensées étrangères, etc... Si nous avons le devoir de ne pas déformer les déclarations du malade, n'avons-nous pas aussi le devoir de n'accepter qu'avec réserves, comme nous le faisons pour ses autres déclarations, celles qui nous renseignent sur ce qu'il éprouve ?

Bien plus encore, nous devons nous méfier de notre propre interrogatoire. La situation du malade devant le médecin est celle de la folie devant la raison. Aux questions : « Etes-vous fou ? Ne vous trompez-vous pas ? Quelles preuves avez-vous ? » qui, sous des modalités diverses, reviennent constamment dans l'examen, le malade se réfugiera toujours dans l'affirmation justificative qu'il est sûr parce qu'il a vu et entendu, qu'il n'est pas fou, qu'il faudrait qu'il soit fou pour ne pas être sûr...

Or, si l'on essaie de se faire une idée de ce qui se passe dans la conscience du malade par des biais sans trop le bousculer, en le laissant longuement parler, en étudiant son comportement, on ne tarde pas, le plus souvent, à l'entendre déclarer : « L'électricité, je ne la sens pas comme une pile, bien sûr..., c'est de l'électricité, puisque ça me fait des taches sur la peau », ou bien « cette voix, je ne puis pas la distinguer de ce que je pense, oh ! ce n'est pas moi qui le dis, j'en suis sûr, je n'ai jamais pensé à ces choses si épouvantables », ou encore « cette voix est formidable, c'est effrayant, ça fait un vacarme épouvantable, naturellement, moi je l'entends à peine, il faut que je prête l'oreille, il m'est difficile de comprendre, puisque je suis complètement sourd ». Tout cela, il nous semble, la pratique clinique le révèle quotidiennement. *Le fait* hallucinatoire demeure intangible dans les déclarations du malade et il n'est pas question de le dissoudre, c'est son interprétation mécaniste qui nous paraît irrecevable.

Comment, d'autre part — comme tout à l'heure l'astigmatisme pour le tableau du Gréco — la théorie sensorio-mécanique explique-t-elle les variations adaptées de l'activité hallucinatoire ? Tel malade n'entend qu'à son atelier, un autre que dans sa maison. Entre-t-il à l'asile, ça va... le change-t-on de section, ça disparaît... Oh ! pas pour longtemps, nous l'accordons (car nous ne plaidons pas, encore une fois, l'inconsistance du trouble hallucinatoire, mais l'impossibilité de son origine *mécanique*).

Les hallucinations, dit-on encore, sont des phénomènes *neutres*, *vides* de signification. Est-il vrai, oui ou non, que les hallu-

cinations disent plus fréquemment — on nous pardonnera de laisser parler les hallucinés — « vache, salôpe, putain ! », et toutes sortes d'horreurs, ou de paroles agréables ou désagréables, que des phénomènes sans valeur ? En mettant les choses à leur point extrême, s'il est exact que l'activité hallucinatoire apparaît au sujet incompréhensible et à l'observateur incohérente, comment la théorie de l'automatisme mental explique-t-elle la trilogie hallucinatoire « vache, salôpe, putain » ? Il nous paraît qu'il y a là une difficulté que les travaux de l'école de l'infirmerie du Dépôt n'ont pas entièrement surmontée. Nous entendons bien que l'on a dressé une liste de symptômes qui paraissent à M. de Clérambault, neutres et purement formels : le commentaire des actes, l'écho de la pensée, le devinement de la pensée, etc., tous symptômes décrits depuis cent ans et récemment appelés « automatisme mental » plus ou moins subtil. Leur caractère de neutralité n'est pas évident. Ainsi, pour ne citer que deux exemples, P. Janet et Schröder en font le pivot de leurs théories, juste l'inverse de celles de M. de Clérambault ! Le premier, pour montrer que l'essence des actes hallucinatoires d'emprise est un sentiment général d'étrangeté intérieure, solidaire de la structure essentiellement sociale de la pensée (commandement, obéissance, secret, discours, etc.). Le second, pour mettre en évidence que le délire s'insinue déjà dans ces couches profondes de l'activité hallucinatoire irréductible au déclenchement de troubles partiels et isolés, S'il en est ainsi, si le caractère neutre, non délirant, pour ainsi dire matériel, de ces phénomènes *n'est pas évident*, ne commettrait-on pas quelque chose comme une pétition de principe en disant : « La preuve que ce délire est d'origine mécanique, c'est que l'on retrouve à sa base des phénomènes mécaniques », ce qu'il faut précisément démontrer ?

On dit encore que les phénomènes d'automatisme mental sont antérieurs et *primitifs* quant au développement du délire. Là encore, nous nous trouvons un peu déconcerté car enfin, les anciens observateurs (Lasègue, Falret, Magnan), ont bien mis en évidence la forme hallucinatoire dans la progression systématique du délire. Et de fait, nous voyons des délires hallucinatoires préparés par une phase d'inquiétude, de méditation, de rumination, selon l'expression pittoresque de M. Claude. Ce point mériterait en tous cas d'être examiné de près, il ne nous paraît pas comporter une solution aussi nette qu'on le dit. Bien plus, quand nous voyons éclater les états hallucinatoires brusquement, que constatons-nous dans le tableau clinique ? Pour notre part, nous

avons été frappé de voir, dans ces cas, le délire hallucinatoire s'accompagner de toute une série de troubles de la conscience, de l'humeur, du comportement qui nous semblent indiquer avec évidence que l'hallucination — comme tout à l'heure, elle paraissait secondaire et surgie du délire — se présente comme *secondaire* à un état de troubles psychiques plus ou moins important.

L'observation des malades nous permet encore d'aller plus loin. Car enfin, pourrait-on dire, d'où savez-vous que l'hallucination n'est pas une sensation, un phénomène qui s'introduit en parasite dans l'esprit ? La question serait, en effet, insoluble si, fort heureusement, nous n'avions des faits. Il n'y a pas moyen de pénétrer autrement qu'avec le délire du malade dans son for intérieur, mais il y a un cas où le mécanisme se passe au grand jour, où il est, pour ainsi dire, extériorisé, où l'on saisit le flagrant délit. Ce cas est celui des hallucinations psycho-motrices verbales et des dialogues hallucinatoires. Le malade parle tout haut devant nous, son langage intérieur « lui échappe », il fait les demandes et les réponses et nous assistons, confondus, à cette étrange illusion d'un homme qui parle et qui croit qu'on lui parle, alors que son langage, sa parole n'ont rien qui puisse nous faire penser que les mots qu'il prononce, en dehors de leur signification dialoguée, sont différents du langage intérieur tels que le malade, comme l'homme normal, « le manie » généralement (même irruption intuitive dans les deux cas, même forme dialoguée, etc.). C'est précisément ce point que nous avons examiné longuement à propos des formes hallucinatoires de l'automatisme verbal.

Telles sont les difficultés qui nous paraissent, du point de vue clinique, rendre difficile l'interprétation mécaniste des délires hallucinatoires.

B. Si nous examinons maintenant la doctrine DU POINT DE VUE PATHOGÉNIQUE, nous la verrons se heurter à de grandes difficultés. D'excellentes critiques lui ont déjà été adressées notamment par Lévy-Valensi (dernière partie du rapport sur l'automatisme mental à Blois), et par Ceillier. Voici, pour notre part, quelles difficultés nous entendons lui faire :

1° En ce qui concerne d'abord sa *conception de l'automatisme*, la théorie mécanique nous présente le psychisme anormal, notamment dans ses formes hallucinatoires, comme une création *ex nihilo*, un produit du cerveau qui « moud » et même crée de la pensée. L'hallucination y est présentée comme un espèce de miracle, elle surgit telle une Minerve casquée du cerveau du

sujet, on ose à peine dire du malade ! C'est dans ce sens que Baillarger disait déjà, dans la discussion de 1855, que l'hallucination est un renversement des lois de la nature. Voyez comme tout se tient ! La première objection qui vient effectivement à l'esprit (cf. Peisse et Buchez), c'est que l'automatisme pathologique étant conçu comme radicalement différent de l'automatisme de la pensée normale, constituant un mode de pensée entièrement hétérogène à l'ensemble du psychisme de l'halluciné, un corps étranger véritable, il est très difficile de donner une interprétation de tous les faits où il paraît y avoir continuité entre le symptôme pathologique et l'automatisme normal. De plus, dans une telle conception de l'automatisme, la cristallisation du délire apparaît comme une production étrangère, stratifiée, sans relation avec la personnalité, ou tout au moins n'affectant de relations avec la personnalité que toutes occasionnelles et contingentes. Mais quelle idée peut-on se faire de ces délires où le malade ne vit et ne pense que par délire, et de ceux où le délire est profondément enchevillé dans ses tendances instinctivo-affectives ? Nous ne pouvons, s'il nous est permis d'exprimer notre opinion, voir, dans cette conception de l'automatisme, qu'une théorie, certes, très ingénieuse, d'une portée clinique intéressante, mais *superflue, inutile*. Lorsqu'un malade dialogue avec ses voix, il nous paraît inutile, en effet, d'émettre cette hypothèse que la voix de son interlocuteur hallucinatoire est un produit mécanique. Cela serait nécessaire si nous ne savions pas que le langage intérieur existe, que nous avons la possibilité, ayant une mémoire, une imagination, un discours aparté, une conduite interne, de nous conduire avec nous-même comme avec quelqu'un d'autre, ou de sentir ce qu'il y a d'automatique dans notre pensée normale : ses scories, ses pulsions, ses déchets. Mais l'hypothèse ne nous semble pas seulement inutile, elle ne nous paraît pas conforme aux faits qui nous montrent que l'essence du trouble ne réside pas dans la production de l'automatisme, mais dans les diverses valeurs qu'il prend pour le sujet. Or, pour si intense, violente, irruptive que puisse être la néoproduction, nous n'arrivons pas à concevoir comment elle entraînerait l'erreur de jugement ou, si l'on veut, la croyance qu'implique le délire, la valeur d'objectivation qu'il suppose.

2° C'est précisément ce qui va s'éclairer mieux encore à l'examen de la *thèse neurologique de l'automatisme mental*. Envisageons par quelle théorie neurologique la théorie générale de l'automatisme mental se trouverait vérifiée. Elle le serait s'il était exact et démontré que des excitations internes, lésionnelles sont



capables de produire des idées, des illusions, du délire en dehors de toute collaboration avec la personnalité antérieure et actuelle du sujet. La preuve la plus généralement avancée est celle des états hallucinatoires liés à des accidents pathologiques cérébraux. Ils ne sont pas niables et *on ne peut qu'éprouver une profonde satisfaction à voir la physiologie et la pathologie cérébrales introduites au cœur même du problème des hallucinations*. Or, que nous montrent les cas de ce genre, qu'il s'agisse d'intoxications, d'infections, de tumeurs, de traumatismes, etc ? Ils nous montrent deux éventualités : ou bien nous avons à faire à des états hallucinatoires et délirants complexes où les troubles de la conscience, de la personnalité sont au premier plan — ou bien nous avons à faire à des troubles hallucinatoires isolés et sans délire. C'est le sens général de l'article où, avec M. Claude, nous avons examiné la série des faits bien connus de troubles hallucinatoires au cours des tumeurs cérébrales, des auras épileptiques, dans le champ hémianopique, dans les affections proprement sensorielles, etc. Nous avons alors fait une concession à la théorie de l'automatisme mental, en disant qu'elle peut prétendre être une théorie de l'hallucino<sup>7</sup>se, mais non de l'hallucination. Mais le livre de M. Mourgué, en fournissant de ces symptômes une théorie qui, nous le disons, pour notre compte personnel, nous séduit beaucoup, est venue combattre sur son propre terrain la théorie de l'automatisme mental. Cette dernière en effet, en se présentant comme résolument mécanique, est solidaire des théories de l'excitation. L'idée que les phénomènes sentis peuvent se développer jusqu'à entraîner, par leur intensité, l'extension et la cristallisation du délire, ne peut se présenter du point de vue pathogénique que sous l'aspect des théories de l'excitation. Quoi d'étonnant à cela, d'ailleurs ? Issue de la psychophysiologie des centres d'images, il ne peut que lui être difficile de s'en dégager. Or, en face de cette théorie de l'excitation, la neurologie moderne, et notamment la neurologie anglaise, a dressé la théorie des désintégrations de niveaux, des dissolutions fonctionnelles. *La doctrine de l'automatisme ne peut pas être adéquate à cette conception physiopathologique pour la bonne raison que le principe essentiel de celle-ci est que la lésion ne crée rien mais supprime des instances supérieures et que la partie positive de la symptomatologie est faite des niveaux sous-jacents*. Or, la hiérarchie des fonctions psychophysiologiques suppose à sa base la vie instinctive, la source même de la personnalité. Si bien que, si l'on envisage des dissolutions de fonctions partielles, sans doute est-il exact qu'elles atteignent peu

l'ensemble des réactions et la personnalité, mais elles restent partielles et sans retentissement psychique, et il est non moins exact de dire qu'à sa base, le symptôme tient à la vie instinctivo-affective. Disons même que le mécanisme des *substances hallucinogènes* qui déclenchent, avec le plus d'évidence, les états hallucinatoires — et, semble-t-il, avec moins de caractères spécifiques que l'on ne l'a cru — en réalisant des niveaux de dissolution variés paraissent plus démonstratifs de la conception jacksonienne que de la théorie de l'excitation des centres. Les expériences d'excitation cérébrale directe de Fedor Krause, comme celles de Borchadt, rejoignent d'ailleurs l'analyse psychoclinique des états hallucinatoires dans les affections cérébrales. Elles ont montré que l'excitation des centres ne saurait provoquer de troubles hallucinatoires, pas plus que la pression des globes oculaires. Enfin le mécanisme des troubles hallucinatoires pédonculaires mis en évidence par Lhermitte ne permettent pas non plus une interprétation des faits conforme à la théorie de l'excitation, c'est-à-dire de l'automatisme mental. La remarque de Head, que l'on accepte plus volontiers dans l'ordre du mouvement que dans celui de la sensibilité, la théorie jacksonienne doit être rappelée ici. Car c'est à cette résistance que correspond l'adhésion de la plupart des psychiatres à une théorie de l'excitation qu'ils renient le plus souvent verbalement, mais à laquelle ils demeurent profondément attachés. Or, tout concourt actuellement à nous montrer que les signes neurologiques et les signes psychiatriques sont des produits de libération correspondant aux parties de la personnalité sous-jacente et saines, autrement dit que l'hallucination n'est pas vide et neutre, mais *pleine* des instances inférieures, de l'instinct, de l'inconscient.

Nous ne quitterons pas cet aspect neurologique de la théorie de l'hallucination selon l'automatisme mental sans dire un mot d'une des formes les plus répandues de cette théorie : la *théorie cénesthésique*. Elle se présente par les propositions suivantes : le sentiment de notre personnalité est fondé sur les données de la sensibilité commune ou cénesthésie, les troubles de la cénesthésie provoquent des modifications qui engendrent des idées délirantes de dépersonnalisation, d'influence ou de persécution.

Nous ne voulons pas insister sur ce point, nous renvoyons aux travaux de Pierre Janet et de Ch. Blondel sur la notion de personnalité. Rien n'est moins prouvé que cette théorie qui fait dépendre de la sensibilité commune, le sentiment de personnalité lequel paraît intégrer des facteurs affectifs et sociaux dépassant de beaucoup le plan cénesthésique.

Nous ne sommes pas les premiers, fort heureusement, à faire cette remarque que les malades qui ont les troubles cénesthésiques les plus évidents (syndromes thalamiques, tabès, sclérose en plaques, affections médullaires ou névritiques), sont tellement exceptionnellement délirants (si un autre facteur n'intervient pas comme dans les psychoses tabétiques, par exemple), qu'il est à peu près impossible de voir, dans le trouble cénesthésique, la condition suffisante du délire. Elle n'en est peut être même pas une condition nécessaire si nous voulons voir avec sincérité et sans y introduire des prémisses théoriques, les faits. Quand les malades exposent des délires que la théorie rattache à des troubles cénesthésiques, ni par l'analyse de leurs troubles, ni par l'examen neurologique, ne peuvent être mis en évidence des troubles effectifs (les syndromes de Cotard, de dépersonnalisation, etc. peuvent fournir les éléments d'une démonstration de ce genre). Nous ajoutons que les altérations du schéma du corps propre décrites par Schilder dans les affections pariétales nous paraissent, à la lecture des observations, assez différentes de ces syndromes délirants.

3° Nous devons maintenant envisager la grosse question de la *forme* et du *contenu* des hallucinations. Les choses sont très simples pour la théorie de l'automatisme mental : le contenu de l'hallucination, c'est le délire, il est parfaitement contingent et toutes les analyses de ce délire se heurtent au fait primitif, à l'hallucination. Une théorie scientifique des hallucinations doit, dit-on, mettre au second plan le délire, la chose hallucinée, et ne s'intéresser spécialement qu'à la forme hallucinatoire, « à sa cause ». Tant que l'on professe de telles idées abstraites, la discussion n'est guère possible. Si on descend dans le domaine des faits, il y a peut-être lieu de se demander si une telle assertion est fondée. Le « mécanisme » intégral va jusqu'à déclarer qu'il y a des symptômes qui n'ont pas de contenu, qu'ils sont neutres et vides. Nous en avons assez dit tout à l'heure pour pouvoir penser qu'une telle thèse est excessive puisqu'en fait, l'ensemble des symptômes que nous observons dans les délires ont une signification généralement péjorative. La thèse moins intransigeante consiste à déclarer que le contenu n'a rien à voir avec le fait que le malade a des hallucinations. Or, que penser des cas où les malades déclarent qu'il faut bien que ce soit une voix ou une pensée étrangère à la leur puisque ce qui naît dans leur esprit ce sont des monstruosité effroyables. Nous avons examiné ce problème avec M. Claude à propos des relations de l'hallucination et de l'obsession car, ce que l'on peut dire de l'un de ces

*symptômes*, on peut le dire de l'autre, et on l'a dit. Est-ce que, dans ce cas, le contenu même n'engendre pas la forme hallucinatoire ? Oui, dira-t-on, mais vous êtes obligé d'admettre qu'un obsédé, un halluciné sont des malades et qu'en définitive, c'est à un trouble biologique qu'il faut rapporter le symptôme. Admettons-le de bonne grâce, nous examinerons plus loin ce point. Mais, même envisagées de la sorte, les hallucinations ou l'obsession, même si elles dépendent d'un trouble organique plus ou moins général et lointain (trouble de l'humeur, par exemple), sont-elles, oui ou non, faites et moulées par l'ensemble des tendances instinctivo-affectives sous-jacentes ? Non, si on s'en tient à une théorie neurologique de l'excitation qui admet assez simplement qu'il y a néoformation *ex nihilo*. Oui, si on considère l'action des facteurs organiques comme des agents destructeurs des fonctions dont l'ensemble assure la répression des instances inférieures. En définitive, l'idée de séparer radicalement le contenu et la forme des délires et des hallucinations vient de ce que l'on n'appelle plus délire que l'explication délirante et non la croyance délirante. L'hallucination devient alors la cause du délire, le délire n'est plus que thème contingent contenu variable. Mais on ne saurait sérieusement amputer à sa base le trouble hallucinatoire du délire qui le constitue et déjà « l'informe » : l'illusion et l'erreur. *C'est par exigence doctrinale que l'on opère cette distinction radicale que les faits dans leur réalité concrète n'offrent pas.* On est évidemment plus à l'aise pour développer le reste de la théorie qui toujours est gênée par l'ombre qui s'attache aux phénomènes hallucinatoires, je veux dire le délire et l'erreur.

Mais, dira-t-on, il y a des phénomènes hallucinatoires parcelaires, sans grande valeur affective, sans construction délirante. D'accord, il y en a. Depuis les hallucinations hypnagogiques jusqu'aux illusions d'optique, il y a toute une série d'anomalies psychosensorielles qui offrent au minimum et même pas du tout de caractère délirant. Mais aussi bien ce sont précisément des phénomènes qui ne se rencontrent pas avec le délire et dont on ne peut pas dire qu'ils l'engendrent à eux seuls, puisqu'ils peuvent exister isolés. Tout au plus, lui servent-ils d'aliment occasionnel.

Et nous touchons aussi du doigt ce qui nous paraît le plus fragile dans la théorie dont nous achevons ainsi l'examen critique. Mettant en évidence, parce qu'ils ne sont pas niables des phénomènes hallucinatoires fragmentaires, élémentaires, disons même purement formels et sans contenu, la théorie se croit

autorisée à *baser* sur eux les délires hallucinatoires. D'où cette constante difficulté d'établir dans l'interprétation des faits des relations exactes avec le délire, entre le contenu et le contenant qu'elle sépare radicalement. Elle est entraînée par son propre mouvement à affirmer cette proposition essentielle dans le système, à savoir que le délire basé sur des hallucinations n'ayant elles-mêmes aucune attache fondamentale avec la personnalité, hétérogène à l'activité psychique normale, ne peut surgir que de néoformations élémentaires, atomiques dont la pullulation engendre l'erreur. Voyant dans l'hallucination (devenue presque synonyme de « cause » du délire) une simple « affection » qui subit comme un morceau de cire la personnalité du sujet, elle l'isole comme un élément purement formel, par-là, elle s'interdit de la considérer dans sa solidarité avec les facteurs de l'erreur et elle exige ou qu'elle n'ait pas de contenu ou que ce contenu soit commandé par l'excitation anormale (sans analogie avec les mécanismes normaux) de systèmes idéiques inertes, interchangeables et sans aucune importance. Mais n'y a-t-il pas moyen de considérer l'hallucination tout autrement et de penser que la *chose hallucinée* a aussi son importance dans le déterminisme et la forme du symptôme. Autrement dit, que l'hallucination a un sens déjà latent dans les opérations, les démarches, les mécanismes de l'activité psychique, que l'hallucination est immanente, pressante dans l'esprit humain, comme le rêve, la fiction dont les fonctions normales sont la mémoire, l'imagination, le langage? La projection sur la conscience, à sa surface, ne dépend-elle pas d'une duplication hallucinatoire « normale » de la pensée? La forme même du trouble hallucinatoire n'a donc plus besoin d'être recherchée dans cette hypothèse *superflue* d'une néoformation exogène, elle dépend de son contenu sous-jacent, des opérations qui le portent en germe sous la condition générale d'une perturbation dans les instances supérieures du contrôle. Cette perturbation, ce trouble organique *délivre* mais ne crée pas l'hallucination contenue dans l'exercice même de la pensée. Nous atteignons peut-être par là au point essentiel qui divise les partisans de la théorie de l'automatisme mental et ceux qui envisagent l'ensemble de l'activité hallucinatoire sous un aspect plus dynamique. Il faut bien tenir compte, pour « expliquer » les hallucinations, des opérations de mémoire, d'imagination, d'objectivation, de socialisation de la pensée, il ne faut pas raisonner comme si elles n'existaient pas !

Ainsi, la doctrine de l'automatisme mental nous a paru se heurter à toute une série de difficultés. Elles n'arrêtent pas ceux qui croient y voir la seule théorie organique possible. Elle nous paraît s'enfermer elle-même dans des limites trop étroites en considérant l'hallucination comme une néoformation psychique véritablement miraculeuse car, par là, elle s'interdit une séméiologie plus approfondie, plus riche et une théorie physiologique plus dynamique. Elle représente le point extrême jusqu'où devait se développer la théorie de l'hallucination-sensation, théorie à laquelle, et spécialement sous sa forme actuelle de l'automatisme mental, nous sommes redevables d'une ample moisson de faits. Nous ne comptons plus revenir sur cette critique, laissant à la libre, attentive et approfondie observation des faits le soin de convaincre ceux qui croient à la nature *mécanique* des délires hallucinatoires.

#### IV. La position actuelle du problème

Nous venons de voir à quelles difficultés se heurte la théorie de l'hallucination-sensation. Nous avons reconnu quels grands services elle a rendus comme hypothèse féconde puisqu'elle a dirigé l'attention sur une foule de faits cliniques ignorés jusqu'à et sur l'importance de la physiopathologie cérébrale en matière d'hallucinations.

Les résistances qu'elle a suscitées se sont considérablement accrues depuis une trentaine d'années. Est-il besoin de rappeler que la révision du problème de l'aphasie, la réaction bergsonienne et les travaux de l'Ecole de Würzburg contre la psychologie des images, l'appoint des théories et des faits que Freud a fourni aux problèmes psychopathiques devaient fatalement avoir leur écho dans la question qui nous occupe. Aussi avons-nous vu Séglas, un des premiers, s'écarter de la psychophysiologie des centres d'images et, orienter l'étude de l'activité hallucinatoire sur les troubles du langage et le délire et Claude mettre l'accent sur la part délirante qui se trouve à la base des manifestations hallucinatoires. Nous entendons nous placer dans un tel mouvement d'idées.

Quercy qui avait été un des défenseurs de la théorie intellectuelle des hallucinations, dans les deux importants volumes qu'il a consacrés à leur étude s'est éloigné de cette conception. Suivons son raisonnement, il nous servira à établir le nôtre.

Il y a, dit-il, des illusions d'optique dont le sujet est prison-

nier, il y a des images eidétiques qui s'offrent après la perception avec une vivacité complète à la conscience. L'halluciné voit et entend comme quelqu'un qui voit son image dans le miroir où elle n'est pas, comme quelqu'un qui entend un écho. Les hallucinations sont esthétiques, ce sont des phénomènes sensoriels irréductibles à toute erreur ou à toute délusion. On se heurte toujours à la foi de l'halluciné qui déclare que rien ne saurait lui être opposé quand il affirme que ses yeux ont vu, que ses oreilles ont entendu. Telles sont les principales propositions de la thèse de Quercy.

Examinons maintenant pour notre compte l'activité perceptive et c'est le point de départ des travaux que M. Claude et nous-même avons publiés sur ces questions.

Nous plongeons un bâton dans l'eau, il nous donne l'illusion qu'il se casse. Nous examinons une série de lignes figurant des cubes, certaines tantôt se trouvent au premier plan, tantôt constituent le fond, nous sommes dupes d'illusions. La matière sensible étant donnée et soumise à certaines lois (réfraction, perspective), nous sommes forcés de nous prendre au leurre : nous voyons le bâton cassé et les cubes en relief. Ce qui est certain, c'est que tous nous sommes soumis aux mêmes exigences des lois psychophysiologiques de la sensation, mais qu'en étant dupes un instant comme on peut l'être lorsqu'en suivant les péripéties d'un film on le vit par instants, nous sommes toujours prêts à les corriger, que l'opération de la correction est à la portée de notre main si l'on peut dire. Au contraire, représentons-nous un homme qui se sait ou se croit condamné à mort, combien de fois entendra-t-il au petit matin les préparatifs de son supplice, l'illusion sera rectifiée sans doute, mais prête constamment à reparaitre, car elle dépend ici de la projection d'une crainte folle, créatrice d'illusions sans cesse renouvelées. Cet écart entre les deux exemples contient toute la complexité du problème des hallucinations, à notre sens.

Si nous examinons l'ensemble de l'appareil perceptif, nous pouvons le comparer à un système de lentilles dont le jeu va depuis l'appréhension des données du réel jusqu'à leur retour sous forme de souvenir. L'erreur, l'illusion pourront s'introduire dans le système, soit par viciation des réceptions ou des transmissions, soit par troubles dans le mécanisme de discrimination du souvenir et du réel. *L'activité proprement sensorielle* (qui est une abstraction à l'état normal de la perception, car nous n'avons jamais de sensations pures et simples), cette activité a pour instrument l'organe des sens dans toute sa complexité et

ses prolongations. Cet organe est soumis à des lois physiques et aussi à une loi psychologique que la Gestalt psychologie a mis en évidence. Les éléments sensoriels se groupent pour constituer des formes. *La fonction sensorielle est une création de formes. L'activité perceptive est essentiellement une fonction de discrimination du réel et de l'irréel.* L'acte original de cette dernière consiste à poser des jugements de réalité dans le présent, c'est-à-dire une assignation exacte du degré de réalité des contenus de conscience. Tout se passe donc comme si l'activité perceptive se présentait selon un schéma hiérarchique admettant deux instances. L'une inférieure correspondant aux fonctions de spatialisation à la « mise en formes » des données sensibles. L'autre supérieure proprement perceptive correspondant à la distribution des contenus de conscience à caractère sensoriel dans la hiérarchie du réel (discrimination du présent, du passé, du réel et de l'imaginaire, du subjectif et de l'objectif).

Cela nous suffit pour l'instant pour dire comme nous l'avons dit : il ne faut pas faire glisser le phénomène de l'hallucination sur le plan de la sensation, de l'instance inférieure, car on se heurte aux difficultés que nous avons examinées plus haut, notamment celle des rapports des manifestations hallucinatoires avec la personnalité et avec le délire. Il faut revenir à la définition d'Esquirol, à celle dont nous avons vu qu'elle était impliquée dans les conceptions de Delasiauve, Buchez, Taine et Parchappe, il faut voir dans l'hallucination une erreur et avec Janet nous dirons une erreur d'assignation des contenus de conscience dans l'échelle des réalités. C'est le sens de notre propre étude de la croyance de l'halluciné et de notre premier article sur l'évolution des idées sur l'hallucination.

Dès lors, nous avons essayé de faire dans l'ordre des manifestations hallucinatoires une série de catégories qui nous ont paru jaillir de l'observation des faits. Il y a, peut-on dire, plusieurs sortes de réalité. La réalité « maxima », celle du monde des objets, — la réalité de notre propre personnalité psychique (unité et liberté de la personne morale), — la réalité de notre corps propre. Il y a lieu de distinguer les projections hallucinatoires dans la réalité (hallucinations proprement dites), les projections hallucinatoires à l'intérieur du Moi (hallucinations psychiques ou pseudo-hallucinations), les projections hallucinatoires sur les écrans sensoriels (hallucinoses) (1).

(1) Cf. notre rapport à Genève, 1933. *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1933.



Voilà donc une première distinction. Si nous nous plaçons maintenant à un autre point de vue, nous pouvons dire qu'il y a : 1° des hallucinations qui exigent un trouble profond de la conscience ou de la pensée (ce sont précisément les hallucinations proprement dites), pour être prises pour des réalités ; 2° des hallucinations qui exigent une série de sentiments pathologiques (influence, emprise, possession) pour être éprouvées comme des parasites de la personnalité (1) et qui sont toujours à ce titre des illusions ; 3° des hallucinations projetées sur un écran sensoriel qui n'entraînent qu'une construction de « formes illusionnelles » avec croyance nulle ou très variable (2). Toutes ces catégories supposent à leur base une ILLUSION du sujet.

Si donc l'activité hallucinatoire essentiellement illusionnelle s'étage depuis l'illusion sensorielle jusqu'à l'illusion délirante, quelle théorie générale pouvons-nous en fournir ? Aucune, si nous n'avons soin de voir que pour faire cette théorie générale, il y a une hiérarchie à mettre en évidence. Les anomalies de la perception externe et interne, ne peuvent s'interpréter correctement *dans leur totalité* qu'en recourant à la théorie générale de l'activité perceptive que nous avons résumée tout à l'heure. Il faut dire que ce sont des *produits de la dissolution des fonctions perceptives* telles que lorsque cette dissolution n'atteint que l'activité proprement sensorielle (selon les mécanismes très probables mis en évidence par Mourgue), elle entraîne le minimum de troubles psychiques. C'est le groupe des hallucinoses qui doit être considéré comme le moins hallucinatoire. Lorsque la dissolution porte sur l'activité perceptive, elle entraîne des hallucinations psychiques ou des hallucinations proprement dites qui s'enveloppent d'une atmosphère de délire dont elles sont étroitement solidaires.

Les facteurs de cette dissolution sont le plus souvent organiques. La *possibilité* n'est pas exclue d'un trouble dans l'acte per-

(1) Cf. nos études avec Claude sur Obsession hall. et pseudo-hall. A.M.-P., 1932.

(2) Ce sont ces formes de l'activité hallucinatoire qui en constituent l'aspect le plus sensoriel, mais aussi le plus élémentaire, et que nous appelons *hallucinoses*. Le fait que la croyance du sujet n'y adhère qu'épisodiquement, faiblement ou pas du tout, en est un caractère, mais il en est d'autres. Notamment l'hallucinoïse n'entame pas l'intégrité mentale, n'a pas de retentissement sur le système des croyances ou sur la conduite du sujet, pas plus qu'une illusion d'optique. On ne confondra pas l'hallucinoïse avec un délire où la croyance et les idées sont présentées par le malade comme des suppositions ou des constats ! Son importance théorique vient que, de ce fait, est mis en évidence l'écart qu'il y a entre les phénomènes de dissolution fonctionnelle de l'instance inférieure et le délire, écart considérable !

ceptif d'origine affective ou intellectuelle (suggestion, croyance). Nous avons noté (1) l'importance à ce point de vue des « *attitudes d'objectivation* ».

Il y a lieu de substituer à une séméiologie des « hallucinations » considérées comme des phénomènes partiels, une séméiologie des « *états hallucinatoires* » (Bouyer) car, dans la psychopathologie, c'est sous forme de troubles psychotiques complexes que les hallucinations se présentent.

Ainsi, n'ayant trouvé entre les divers états, classés sous le nom d'hallucinations et allant depuis les illusions sensorielles et les hallucinoses jusqu'aux délires d'influence et l'onirisme en passant par les délires collectifs et des débiles qu'une seule dénomination commune *l'illusion*, nous avons pensé être à même d'en exprimer une théorie générale que nous venons de vous rappeler en peu de mots.

Une telle théorie comporte des conséquences au point de vue de la classification des délires.

Les états hallucinatoires proprement dits sont de deux types, ou *oniriques* ou *dysesthésiques*. Les états oniriques réalisent un renversement complet des réalités avec de nombreuses illusions de tous ordres. Les *états dysesthésiques* sont essentiellement des états d'étrangeté de la perception interne et notamment des *illusions de duplication*. Il existe entre eux toutes les formes de passage et notamment les états *oniroïdes d'action extérieure* que nous avons décrits comme très caractéristiques de l'encéphalite léthargique (2).

En dehors de ces états paroxystiques, le plus souvent (mais qui peuvent être considérés comme chroniques dans les états schizophréniques, type démence paranoïde par exemple), il existe des *attitudes d'objectivation* chez des malades lucides ne présentant d'autre trouble qu'un délire hallucinatoire. Il y a dans ces cas *investissement* des automatismes psychiques par une attitude réactionnelle d'objectivation. Une telle illusion de duplication peut être sous la dépendance de la vie affective de l'halluciné et c'est le cas des psychoses paranoïaques hallucinatoires telles que le délire systématisé de persécution type Lasègue-Falret. Elle peut être sous la dépendance d'une modification profonde de toute l'activité psychique des sujets qui présentent une mentalité de type

(1) Ce point de vue a été longuement développé en continuité avec les idées exprimées par Séglas et Barat dans un volume : *Hallucinations et Délire*. Alcan, 1934. Notons ici que nous ne parlons que de *possibilité*.

(2) Cf. Nos études sur les troubles hallucinatoires de l'encéphalite dans *Presse Médicale*, 1933, et *Encéphale*, 1933.

archaïque comme cela se voit dans les paraphrénies. *C'est cette catégorie de délires où l'attitude d'objectivation est pour ainsi dire seule en jeu qui a pu faire croire que ces délires étaient basés sur des sensations effectives partielles élémentaires.*

Tels sont les traits essentiels d'une théorie qu'avec M. Claude nous tentons d'opposer à celle de l'automatisme mental. Elle garde tout ce qu'il y a lieu de garder (et cela est considérable) des facteurs organiques pour expliquer la dissolution des fonctions perceptives. En posant l'ensemble des troubles hallucinatoires comme des troubles *illusionnels*, elle réintègre leur contenu dans leur mécanisme et garantit la possibilité de leur psychogénèse *dans certaines formes et sous certaines conditions*. Enfin, elle présente les aspects séméiologiques des hallucinations non plus comme des produits passifs mécaniques et hétérogène, des scories qui se glissent comme des grains de sable dans la machine, mais comme des actes d'altérations de la réalité où la personne plus ou moins réduite intervient comme un acteur. C'est dans ce sens que nous avons pu demander que le psychiatre ne conjugue plus comme le malade le verbe halluciner au passif.

\*  
\*\*

Ainsi le problème qui se pose ne saurait se poser dans les mêmes termes qu'en 1855 puisque nous avons vu que le nœud de la question avait été déplacé. Il ne saurait non plus se poser tout uniment sous cette forme : les hallucinations sont-elles d'origine organique ou pas et si oui, c'est la théorie de l'automatisme mental qui est acceptée. Nous venons de voir que cette théorie enveloppe bien des thèses dont la principale n'est pas la nature organique, mais *mécanique* de l'hallucination. Cette thèse, nous l'avons suivie dans son développement, elle nous a paru sans aucun doute possible se représenter l'hallucination comme une sensation effective mécaniquement néoformée. Il nous a paru qu'il y avait lieu de revenir à la définition de l'activité hallucinatoire envisagée comme une erreur d'assignation des automatismes psycho-sensoriels dans l'échelle des réalités, c'est-à-dire comme des illusions dont il fallait chercher l'explication dans une théorie psychophysiologique générale de la dissolution des fonctions.

Tel est à notre sens le centre du débat et sous réserve de leur insuffisance nous verrions favorablement une discussion s'instituer sur ces questions :

1° Y a-t-il dans les anomalies de la perception externe ou interne des catégories de fait ? Lesquelles ?

2° Les anomalies de la perception externe et interne sont-elles radicalement et à leur base indépendantes de la personnalité et de l'activité psychique ?

3° De quel sens et de quelle nature sont les relations qui unissent ces anomalies et les délires hallucinatoires ?

4° Quelle théorie générale peut-on appliquer à l'ensemble de ces anomalies ?

5° Un processus organique est-il toujours à la base des anomalies de la perception interne et externe ?

6° Les anomalies de la perception interne et externe dépendent-elles directement et exclusivement de ce processus ?

7° Quelle classification des délires hallucinatoires peut-on établir ?

De la réponse *cohérente* à toutes ces questions dépend la position que l'on prend dans le débat entre les théories de l'hallucination-sensation et de l'hallucination-illusion. Une telle discussion pourrait fournir l'occasion de trouver non pas une position éclectique mais critique qui, cadrant avec l'ensemble des faits, nous permette d'en trouver de nouveaux. Ayant déjà orienté avec M. Claude notre position comme je le rappelais tout à l'heure, nous aurons l'occasion de répondre avec précision et en conséquence de nos précédentes études aux questions posées.

Avant de terminer, qu'il nous soit permis d'affirmer l'*organicité* de l'étiologie de l'activité hallucinoïde et de souligner le caractère constructif de la critique à laquelle nous nous sommes livré en toute liberté d'esprit, mais aussi avec la déférence que l'on doit à un effort si puissant, si plein et si fécond qu'il n'y a qu'à souhaiter qu'il serve toujours d'exemple à une théorie psychiatrique scientifique. Ce caractère constructif que nous nous permettons de revendiquer pour cette critique se rattache à une même conception de l'ensemble des états psychopathiques à l'égard de la notion de processus. C'est parce que nous croyons qu'il est stérile à l'heure actuelle de considérer tel état d'aliénation donné comme *directement* produit par des conditions de désordre ou de déséquilibre organique (lésionnel ou dynamique), parce que nous pensons que l'originalité de la psychiatrie est toujours que s'intercalent entre la cause physique et le symptôme la plasticité et l'originalité de la personnalité du malade qui *modèle également* le tableau clinique, c'est pour cela que nous avons osé prendre position et contre les théories constitutionnalistes et contre l'automatisme mental. Nous savons qu'il n'est pas prudent de toucher à ces fondements de la psychiatrie, qu'on y risque beaucoup d'être et de se montrer

au-dessous de sa tâche, qu'on se trouve obligé à une révision très étendue des diverses autres théories psychiatriques, que c'est mettre le doigt dans un dangereux engrenage... Peut-être sommes-nous encore victime d'une illusion en pensant que l'on voudra bien ne pas nous en tenir rigueur.

N'est-ce pas au moment où elle paraît la plus sûre, la mieux établie, la plus complète, la mieux *achevée*, qu'une théorie a fini de rendre les services que l'on en attend ? N'est-ce pas le doute systématique qui est le propulseur du progrès et de la connaissance ? Voilà pourquoi nous avons cru bon de plonger dans notre tradition pour y puiser une idée désuète un peu délaissée, l'idée d'une analogie profonde entre l'hallucination et l'illusion, l'idée que l'hallucination contient une erreur qu'on n'a pas le droit de volatiliser pour la substituer à celle sur laquelle repose la séméiologie et la doctrine classiques des hallucinations et des délires. Car, on nous permettra cette métaphore, pour si bruyants qu'ils soient, les grelots de la folie n'en sont qu'un attribut, mais ne l'engendrent pas.

---

# LE TEST DE RORSCHACH ET LA DYNAMIQUE DE L'ECORCE CEREBRALE D'APRES LES LOIS DES REFLEXES CONDITIONNELS DE PAVLOV

PAR

G. MARINESCO, A. KREINDLER et L. COPELMANN

Le test de Rorschach consiste dans l'interprétation de dix images de forme indéterminée, obtenues en éclaboussant d'encre noire et colorée des feuilles de papier, que l'on plie ensuite par leur milieu, de manière à ce que les taches produites s'étendent symétriquement sur les deux feuillets. Les planches I, IV, V, VI, VII de la série originale offrent les tonalités d'un lavis allant du gris clair au noir ; les planches II et III contiennent outre le noir du rouge ; les planches VIII, IX, X, sont multicolores. On invite le sujet à exprimer ce qu'il voit en s'efforçant à ne lui rien suggérer.

Dans l'estimation des résultats du test, on tient compte de plusieurs facteurs de l'interprétation. D'abord, ce qui nous intéresse, est la précision de la forme, c'est-à-dire, si la réponse que le sujet donne, ressemble à la forme qu'il interprète. On considère comme une forme bien vue celles des réponses qui sont données le plus souvent par 100 personnes normales. On désigne ces réponses par la lettre F+.

L'image peut être interprétée dans son entier (G), dans ses détails (D); ou bien dans ses plus petits détails (Dd). On désigne par détail oligophrénique (Do), l'interprétation dans laquelle au lieu de voir une forme humaine entière, comme cela arrive chez la plupart des sujets normaux, le sujet ne voit que des détails de cette forme. Certains sujets, au lieu d'interpréter les figures grises ou colorées, interprètent les espaces blancs qui se trouvent entre elles : détail intermédiaire (Di). Le rapport entre le nombre total des G, D et Dd, dans les différentes interprétations, nous

indique le mode de saisir, de concevoir, du sujet (Erfassungstyp). Le type du théoricien donne plus de réponses totales (G), le type à sens pratique plus de réponses de détails. L'image kinesthésique (K) est celle dans laquelle le sujet voit une forme en mouvement, par exemple un ours qui monte sur un rocher, un homme qui court après un enfant, etc. Les images kinesthésiques représentent un mode d'éprouver le monde extérieur d'une manière autistique, introversif.

D'après Rorschach, ces images sont dues à l'évocation d'anciennes engrammes kinesthésiques. Enke admet que les interprétations kinesthésiques sont des réactions très complexes dans lesquelles se traduisent les tendances d'animer les objets du monde extérieur du fait de l'autisme que ces sujets présentent.

Aux interprétations kinesthésiques s'opposent celles dans lesquelles le sujet tient compte des couleurs et des nuances grises des tableaux. Ces interprétations de la couleur se divisent en trois groupes : les unes dans lesquelles l'interprétation tient compte en première ligne de la forme et en second lieu de la couleur (FC), les secondes qui tiennent compte en première ligne de la couleur et en seconde ligne de la forme (CF) et les dernières, qui ne tiennent compte que de la couleur en négligeant complètement la forme (F). Le nombre de ces différentes interprétations nous renseigne sur la modalité affective du sujet. S'il y a une prévalence des FC, il s'agit d'une bonne adaptabilité affective, s'il y a une prévalence des CF, il s'agit d'une labilité affective, d'une sensibilité et d'une excitabilité affectives anormales. Les sujets chez lesquels il y a une prévalence des F sont égocentristes, ont une impulsivité autistique et une mauvaise adaptabilité affective au milieu environnant. Les interprétations clair-obscur sont celles qui ont pour déterminantes les diverses nuances des images, allant du gris-clair au noir.

Un facteur très important est le rapport entre les interprétations kinesthésiques et les interprétations de couleur, rapport qui nous renseigne sur la relation entre les fonctions psychiques introversives et les fonctions psychiques extratensives. C'est le type d'aperception. Les premières sont celles dirigées sur le travail psychique intérieur autiste, les secondes sont celles dirigées sur le monde extérieur. Le sujet qui donne davantage d'interprétations kinesthésiques que d'interprétations de couleur est un type introversif, qui présente « une intelligence différenciée, une vie intérieure autistique, une affectivité stable, peu d'adaptabilité à la réalité ». Inversement, le type extratensif qui se caractérise par une « intelligence stéréotype, une vie psychique dirigée vers

l'extérieur, une affectivité labile, une bonne adaptabilité à la réalité » donne plus de réponses de couleur que de réponses kinesthésiques. Le type coartatif, pédant, dépressif et débile, donne très peu ou aucune réponse ni de couleur, ni kinesthésique. Le type ambiégal donne autant de réponses de couleur que de réponses kinesthésiques et se rencontre chez les phobiques et chez les obsédés.

Le contenu des interprétations est aussi d'importance. Le plus souvent le sujet voit des formes animales (A) dans les figures. Une abondance des formes animales est, pour Rorschach, l'indice d'une tendance à la stéréotypie. L'on voit encore, dans les figures, des formes humaines (H), des détails anatomiques (Anatom), des cartes géographiques (Géogr.), des interprétations d'ordre sexuel (sex.), des plantes (pl.), etc.

Le travail de Rorschach est basé sur des résultats statistiques. La validation du test a consisté à comparer le profil psychologique du sujet étudié aux réponses obtenues au test de Rorschach. Rorschach considère son test comme un examen de la perception et du pouvoir de conception du sujet. Pour juger l'intelligence du sujet, il pratique le test sur 120 personnes « intelligentes » et détermine de cette façon la perception et le pouvoir de conception de l'homme intelligent. Il arrive à la conclusion que l'homme intelligent se caractérise par un grand pourcentage de formes bien vues, par un grand nombre d'images kinesthésiques, un grand nombre de réponses totales (G), une succession optimale, un petit nombre de réponses animales, un petit pourcentage de réponses originales.

Pour mieux juger la manière dont Rorschach conçoit la validation de son test, nous donnons ici le résumé du protocole de l'une de ses malades, une hystérique âgée de 30 ans.

Nombre total des réponses, 10.

G : 6.	B : 1.	H : 1.
D : 4.	F : 9 (1—).	Hd : 0.
F + : 86 0/0.	FC : 0.	A : 7.
A : 70 0/0.	CF : 1.	Ad : 0.
Orig : 0.	C : assez évident.	Plante : 1.
Erfassungstyp : G-D.		Anat : 1 (—).

Succession (il n'y a qu'une réponse pour chaque image).

Conclusion : Choc pour les couleurs très évident. Type coartatif très prononcé. Peu de kinesthésies, forte tendance vers les couleurs, c'est-à-dire plus de moments extratensifs qu'introversifs. Mais les moments extratensifs sont puissamment influencés par l'incertitude de l'affectivité. Sujet labile, impulsif, affectif, manque d'originalité, tendance à la stéréotypie.



L'interprétation que Rorschach donne à son test nous paraît donc, à première vue, assez arbitraire. C'est une interprétation partie de données d'ordre statistique. Nous voudrions essayer ici d'en donner une interprétation physiologique en partant des données sur l'activité dynamique de l'écorce cérébrale, établie par Pavlov dans ses expériences sur les réflexes conditionnels.

Le fait de voir une image dans son entier, de percevoir d'un coup toute l'image ou de n'en percevoir qu'une partie plus ou moins grande, doit être attribué à l'*irradiation de l'excitant* sur l'écorce. Si l'irradiation se fait rapidement dans l'analyseur visuel, le sujet perçoit toute l'image ; par contre si, autour du premier excitant perçu, qui peut être une partie plus ou moins grande de l'image, prend naissance, par induction réciproque négative, un foyer d'inhibition, l'irradiation de l'excitant se trouve limitée et le sujet ne voit, n'interprète qu'une partie de l'image. De cette manière, on peut expliquer la genèse des réponses entières (G), des réponses de détail (D) ou de petit détail (Dd). Chez certains individus, la succession des interprétations se fait en allant de l'interprétation de l'image entière (G) vers les détails (D) et puis vers les détails très petits (Dd). Chez ceux-ci, l'excitant, qui a irradié au début sur une grande surface de l'analyseur optique, se concentre progressivement. Ceci arrive chez les sujets à bonne intelligence. Les sujets présentant une agitation maniacale voient beaucoup plus de G que de D ; chez eux, en effet, l'irradiation de l'excitation se fait rapidement sur l'écorce, sa concentration se faisant difficilement. Par contre, chez les mélancoliques, il y a une prédominance de D par suite de la difficulté de l'irradiation.

La *précision dans la perception de la forme* est due à un processus d'inhibition interne, à la *différenciation*. Un individu voit d'autant mieux les formes, que le processus de différenciation des excitants se fait mieux dans son écorce. Cette différenciation se fait difficilement chez les débiles mentaux, chez les arriérés, etc., comme nous l'avons montré dans nos études expérimentales antérieures (1). Ceci coïncide avec le fait que ces sujets donnent des interprétations aux figures du test de Rorschach qui ne correspondent pas à des formes bien vues. Les sujets qui présentent une agitation maniacale perçoivent aussi, d'une manière peu précise, les formes, ce qui doit être attribué à l'excès de l'irradiation de l'excitation dans l'analyseur optique. Par contre, les dépressifs perçoivent bien les formes : chez eux, l'irradia-

(1) G. MARINESCO et A. KREINDLER, *Journ. de psychol. norm. et patholog.*, nos 9-10, 1933.

tion de l'excitation. est limitée par une induction réciproque négative, favorisée elle-même par l'état d'inhibition chronique, dans lequel se trouve leur écorce cérébrale.

Les *images kinesthésiques* doivent être mises sur le compte d'une *irradiation de l'excitant*, partie de l'analyseur optique vers l'analyseur moteur. Chez les sujets qui voient, dans leur interprétation, les formes en mouvement, l'excitant optique irradie vers la zone motrice. Dans l'agitation maniacale, les sujets à tempérament maniacal voient beaucoup d'images kinesthésiques, l'irradiation de l'excitant s'orientant plus facilement chez eux vers la zone motrice. Les dépressifs ne donnent que peu d'interprétations kinesthésiques, à cause de la difficulté de l'irradiation sur leur écorce cérébrale. Nous avons encore observé que, chez l'épileptique, les interprétations kinesthésiques sont beaucoup plus nombreuses avant l'accès convulsif et plus rares après. L'augmentation de l'excitabilité de la zone motrice qui précède l'accès favorise l'irradiation de l'excitant optique vers cette zone, la diminution de cette excitabilité après l'accès empêchant, par contre, l'irradiation. Normalement, il y a une proportion directe entre les images kinesthésiques et la précision, la justesse de l'interprétation de la forme. Cet équilibre est maintenu par une bonne irradiation, accompagnée ou limitée par une bonne induction réciproque. Les dépressifs, par exemple, voient peu d'images kinesthésiques, mais beaucoup d'images de forme juste ; chez eux, l'induction réciproque étant trop puissante empêche l'irradiation. Chez les sujets agités, les choses se passent d'une façon inverse, parce que, chez eux, l'irradiation est favorisée par la faiblesse du processus d'induction réciproque.

Pourtant l'excitant, arrivé à l'analyseur optique, n'irradie pas seulement vers l'analyseur moteur. Rorschach n'a tenu compte, dans ses expériences, que des images kinesthésiques. Mais, dans ses interprétations, on en peut aussi distinguer d'autres, déterminées par l'irradiation de l'excitant vers d'autres analyseurs, plus spécialement vers l'analyseur sensitif. En effet, nous avons assez souvent obtenu des réponses, qui pouvaient être rapportées à une telle irradiation. C'est ainsi qu'un sujet a interprété l'une des images en disant : « Ça me fait l'impression de quelque chose de spongieux », en accompagnant cette réponse d'un geste de la main, qui ne laissait aucun doute sur la nature tactile de l'excitant, qui a déterminé cette réponse. Un autre disait : « C'est comme taillé aux ciseaux », en faisant de la main le geste de manœuvrer une paire de ciseaux. Il est vrai que ces réponses déterminées par des sensations tactiles paraissent plus rares que

celles déterminées par des sensations kinesthésiques. Les irradiations vers l'analyseur acoustique provoquent des interprétations dans lesquelles au cours de sa réponse le sujet a tenu compte d'un élément auditif. Des interprétations de cet ordre sont par exemple les suivantes : « une cloche, qui sonne ; un homme, qui rit ; une cascade ; deux hommes, qui s'embrassent sur les joues, etc. ».

Les *détails intermédiaires*, c'est-à-dire l'interprétation que le sujet donne non pas à l'image, mais aux espaces blancs, qui se trouvent entre les taches noires ou colorées, nous renseigne sur un *état particulier d'excitabilité* de l'analyseur optique et de toute l'écorce. Ces interprétations sont dues au fait qu'un excitant, qui est sous-liminaire pour l'écorce, — l'espace blanc — devient, dans certaines conditions, plus efficace que l'excitant normal — la tache. — Cet état d'excitabilité anormale de l'écorce est à rattacher aux états d'excitabilité paradoxale de Pavlov. Donc, chez certains individus, les excitants faibles deviennent plus efficaces que les excitants forts. Chez eux, l'écorce cérébrale se trouve dans un état d'excitabilité paradoxale et ceci est vrai surtout pour ceux qui donnent beaucoup d'interprétations de Di.

En ce qui concerne *le contenu des interprétations*, il nous paraît que le grand nombre d'interprétations animales, donné par certains sujets, est dû à un défaut dans le *processus d'induction réciproque*. Ceci résulte d'une manière évidente de nos protocoles. Le sujet commence par donner quelques réponses quelconques, puis, à un certain moment, il voit un animal et dès lors les réponses à contenu animal se succèdent l'une après l'autre. La réponse animale ne s'est donc pas inhibée. Le même phénomène s'observe, non seulement pour les réponses à contenu animal, mais pour tout autre contenu aussi. Un enfant, âgé de 4 ans et demi, commence par voir « un homme », la seconde réponse est « un arbre », puis il voit l'arbre dans les troisième, cinquième, septième, huitième, dixième, quinzième, dix-neuvième et vingt-et-unième réponses. Nous avons montré, dans le travail cité plus haut, que l'induction réciproque négative est particulièrement faible chez l'enfant. Nous pouvons donc conclure qu'un grand nombre de réponses de même contenu nous indique une faiblesse du processus d'induction réciproque. Il y a d'ailleurs une relation entre le nombre des réponses de même contenu et les réponses dues à l'interprétation de détails très petits (Dd). Nous avons vu que ces dernières réponses doivent être attribuées à une forte induction réciproque, qui fait que l'excitation ne peut pas irradier sur une surface plus grande de l'analyseur. Or, de nos

protocoles, il résulte que le contenu des interprétations est d'autant plus varié que le sujet donne plus d'interprétations de petits détails et inversement. Voici quelques chiffres :

La malade Coro, souffrant d'une névrose, donne 9 réponses, dont 7 ont le même contenu ; elle n'a aucune réponse de petit détail (Dd). Sofia B..., post-encéphalitique, donne 14 réponses, dont 11 de même contenu ; aucune Dd. Ungureanu, hystérique, donne 13 réponses, dont 6 de même contenu ; un seul Dd. Maria G..., normale, donne 48 réponses, dont seulement 12 du même contenu et a 21 Dd.

Par conséquent, lorsque l'induction réciproque est faible, le sujet voit beaucoup d'images de même contenu et donne peu d'interprétations, parties de petits détails de l'image.

Le nombre des *interprétations de couleur* correspond, d'après Rorschach, « à l'attitude affective fondamentale du sujet envers la vie, plus qu'à son tempérament, à ses sentiments et à ses intérêts » (Vernon). De nos propres expériences, nous pouvons tirer la conclusion que les interprétations de couleur nous renseignent sur *l'état d'excitabilité des centres sous-corticaux*. Les arguments en faveur de cette manière de voir sont déduits des faits suivants : nos malades, qui présentent des troubles fonctionnels des ganglions sous-corticaux, et dans ce groupe rentrent les post-encéphalitiques d'une part, les hystériques d'autre part, ne donnent que peu d'interprétation de couleur. D'ailleurs, dans le livre de Rorschach, ce fait est aussi évident. Il donne le protocole d'une expérience faite chez une hystérique et une autre faite dans un cas d'encéphalite épidémique. La première a donné une seule interprétation de couleur, la seconde deux. Les études poursuivies par différents auteurs sur les résultats du test de Rorschach appliqué aux types psychologiques de Jaensch (Weil), de Kretschmer (Munz et Enke), aux types forme-couleur de Külpe, ont montré que les cyclothymiques voient plus de couleurs que les schyzothymiques, que le type intégré de Jaensch voit plus de couleurs que le type désintégré. Or, nous savons que dans la détermination de ces types psychologiques, le système endocrino-végétatif joue un rôle important et que dans la régulation de ce système les centres sous-corticaux interviennent. Voilà, par conséquent, un second argument en faveur de notre thèse sur le rôle des ganglions sous-corticaux dans la détermination du nombre des interprétations de couleur. Le mécanisme par lequel s'exerce l'influence des centres sous-corticaux paraît être le suivant : une forte excitabilité de ces centres induit dans l'écorce un état d'inhibition. Cet état empêche le processus d'inhibition interne

qui est la différenciation. En effet, la vue des couleurs n'est que le résultat d'un tel processus : le sujet qui distingue les formes doit distinguer en même temps aussi les couleurs. Dans les cas extrêmes, cyclothymiques ou schyzothymiques très prononcés, au lieu de l'induction réciproque on peut avoir une irradiation. Dans le cas du cyclothymique, il y a une irradiation de l'excitation vers l'écorce ; dans le cas de schyzothymique, une irradiation de l'inhibition de ces centres vers l'écorce.

Pour cette raison, les cyclothymiques voient beaucoup de couleurs, la différenciation se faisant bien au niveau de leur écorce, les schyzothymiques, par contre, peu de couleurs à cause de la faiblesse de ce processus. Les mélancoliques et les dépressifs donnent aussi, pour le même motif, peu d'interprétations de couleur.

L'interprétation de couleur suppose l'existence d'une différenciation en plus, en dehors de la précision de l'interprétation de la forme. Certains sujets différencient plus l'un que l'autre, et ils résultent de ce fait les différentes nuances de l'interprétation de couleur (C, CF, FC) établis par Rorschach. Nous avons observé encore une autre modalité. Certains sujets, même normaux, n'interprètent, ne voient, que la couleur brute sans la lier à aucune forme. Le sujet Clara K..., docteur en médecine, à la vue des planches colorées, énumérait toutes les couleurs en disant : « Ici, il y a cinq couleurs différentes ; ici, quatre, etc. » Cette modalité est attribuable au fait que le sujet est incapable de pousser très loin une différenciation ; il interprète ou bien la forme seule, ou bien la couleur seule.

L'interprétation que nous proposons de donner aux réponses obtenues au test de Rorschach tend donc à partir des données physiologiques sur l'activité de l'écorce cérébrale. De cette manière, en faisant subir à un sujet le test de Rorschach, nous pouvons nous renseigner rapidement sur l'état fonctionnel de son écorce.

Nous reproduisons ici, à titre d'exemple, un test obtenu chez un sujet normal, pour montrer la manière dont nous concevons son utilisation.

Mlle V. A., 20 ans, étudiante.

Planche I. — Ça ressemble à une vertèbre : GF — Anat.

Des valets, qui tiennent quelque chose : GF + Homme (H).

Planche II. — Deux chiens : GF + Animal (A).

Deux têtes d'une race canine spéciale : GF + Ad (détail).

Une impression pénible.

Planche III. — Deux nègres : GF + H.

Planche IV. — Ce sont des serpents, quelque chose de fantastique :  
GF + A.

Un tronc d'arbre pétrifié : GF + Plante.

Un chien fatigué, ayant un aspect farouche  
DF + A.

Des serpents, qui sortent d'un trou et grimpent :  
DF + A kinést. (K).

Planche V. — Une chauve-souris : GF + A.

Planche VI. — Un détail d'anatomie sexuelle : DF + Anat.

Planche VII. — Des « ice-bergs » : DF + Objets.

Le globe terrestre avec les continents : GF + Géo-  
graph. original.

Planche VIII. — Deux ours qui montent : DF + A (K).

Des dents, comme elles sont figurées sur les plan-  
ches des dentistes : DF + Anat. orig.

Mais pourquoi y a-t-il des différences de couleur?

Des poissons que je ne peux pas nommer :  
DF + A.

Planche IX. — Un jeu de lumières féériques : DF + Abst. CF.

Des mains qui tiennent quelque chose de merveil-  
leux au-dessous d'un trou duquel sortent des va-  
peurs bleues : DF + Ob. couleur.

L'expression d'un homme sadique : DF + H.

Tête d'homme avec corps de porc : DF + H K.  
Beaucoup de mouvement.

Planche X. — Beaucoup d'animaux : GF + A.

Un poisson de mer : DF + A.

Un insecte qui veut me mordre, me pincer : DF + A  
Tacti.

*Totalisation.* — 25 réponses : G = 10 ; D = 14 ; Dd = 1 ; F+ = 23  
= 92 0/0 ; Animal = 11 ; Homme = 5 ; Anatomie = 3 ; Plante = 1 ;  
Objets = 3 ; Géographie = 1 ; Abstrait = 1 ; Kinesthésies = 3 ; Sensa-  
tions tactiles = 1 ; Couleurs = 3, dont une sans interprétation de  
forme.

Notre sujet voit beaucoup d'images entières (G). Il existe un  
juste équilibre entre le nombre des G et celui des D, ce qui nous  
indique qu'il y a un équilibre entre le processus d'irradiation et  
la concentration de l'excitation dans son écorce. Le même fait  
nous est encore indiqué par la succession assez bonne des ima-  
ges. C'est ainsi que dans les trois premières planches, il ne voit  
que des G, dans la troisième il commence par voir deux images  
entières, puis la concentration intervenant, il voit deux images  
de détail. Dans la planche III, il part d'un grand détail, l'exci-

tation se concentre et il voit un petit détail ; mais, brusquement, il voit un entier : l'excitation a de nouveau envahi une surface plus grande. Ce processus ressemble à ce que Pavlov a décrit chez ses chiens névrosés : il considère, en effet, que la névrose expérimentale du chien est due à un déséquilibre entre les processus d'inhibition et d'excitation. En obtenant un maximum de concentration, celle-ci ne peut se maintenir longtemps dans l'écorce du sujet névrosé ; elle est rapidement, brusquement remplacée par une excitation générale, due à une nouvelle irradiation de l'excitation sur la surface de l'écorce. Donc autant de fois que nous rencontrerons dans la succession des interprétations du test de Rorschach l'ordre suivant : G-D-Dd-G, nous pourrions conclure à un déséquilibre des processus d'inhibition et d'excitation corticale, analogue à ceux qu'on rencontre dans les névroses.

Les formes sont très bien perçues par notre sujet. Il y a donc une bonne différenciation. Mais elle n'est pas excellente puisqu'il n'arrive pas toujours à distinguer en même temps couleurs et formes. C'est ainsi que dans les réponses qu'il donne à la planche VIII, il perçoit les couleurs séparément, sans arriver à les lier à une forme (« mais pourquoi y a-t-il des différences de couleur ? »). En outre, il donne encore dans la planche IX deux interprétations de couleur. Nous pouvons donc conclure que les centres sous-corticaux de notre sujet se trouvent dans un état d'hyperexcitabilité, qui, pourtant, ne doit pas être trop accentué.

L'induction réciproque au niveau de l'écorce est assez bonne, fait qui résulte de la diversité du contenu des interprétations. L'ordre dans lequel elles se succèdent est assez varié (Anat, H, A, Hd, H, A, Pl, A, A, A, Anat, Obj, Obj, Géogr, A, Anat, A, Abstr, H, Objet, H, H, A, A, A) et il n'a que 11 réponses du même contenu pour le nombre total de 25 réponses.

L'irradiation de l'excitation sur la surface de l'écorce se fait bien. Il y a trois irradiations vers l'analyseur moteur (interprétations kinesthésiques) et une irradiation vers l'analyseur tactile.

Nous pouvons donc nous représenter de la façon suivante la dynamique de l'écorce cérébrale de notre sujet : il y a chez lui un juste équilibre entre les processus d'irradiation et de concentration de l'excitation, avec cette réserve, que, dans des conditions difficiles, cet équilibre pourrait être facilement troublé. La différenciation est bonne sans être excellente, l'excitabilité des centres sous-corticaux est légèrement augmentée, l'induction réciproque est bonne, l'irradiation entre les analyseurs se fait bien.

# DÉVELOPPEMENT

## DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES DE LA FACE

PAR

L. KWINTE

Parmi toutes les manifestations de l'activité neuro-psychique de l'homme, les fonctions motrices constituent les éléments essentiels, au moyen desquels la personnalité entre en contact avec le milieu ambiant. Le rôle de la motricité est grand, surtout au cours de l'enfance, puisqu'elle est dans les premiers stades du développement l'indication presque unique du développement général.

Nous estimons qu'à ce point de vue le développement naturel des mouvements volontaires de la face offre un intérêt particulier.

Ce travail a pour but l'étude du développement non de la mimique expressive se rapportant à la motricité extrapyramidale, mais des mouvements volontaires des muscles de la face, dus à l'action du système pyramidal.

Pour déterminer les tendances fondamentales et les particularités du développement des mouvements volontaires des muscles de la face, j'ai proposé une méthode spéciale, qui, présentée sous la forme de test, permet de déterminer presque tous les mouvements simples de la musculature faciale. Cette méthode est fondée sur la détermination de tests, non d'après l'architecture myologique de la face, mais d'après l'action fonctionnelle réelle des éléments séparés du système musculaire facial — action s'accomplissant volontairement comme acte psychophysiologique unique.

L'individu sujet à l'expérience reçoit des indications verbales, avec une description très simple du mouvement exigé. En même temps, l'expérimentateur reproduit lui-même le mouvement donné et invite le sujet à contrôler le sien dans un miroir à main.



476 enfants des deux sexes, âgés de 4 à 16 ans inclusivement, répartis d'après l'âge et le sexe de la façon suivante, ont été examinés (tableau 1).

TABLEAU N° 1

AGE	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
Sexe:														
Garçons....	6	10	12	20	18	32	30	20	10	32	16	16	8	230
Filles.....	8	8	12	8	14	24	38	24	26	22	28	24	10	246
Total.....	14	18	24	28	32	56	68	44	36	54	44	40	18	476

Ces individus ont été choisis de telle façon que, d'après leur développement physique, leurs capacités intellectuelles et leurs progrès scolaires, ils s'écartent peu de la moyenne. De même, ils ont été rigoureusement sélectionnés d'après l'âge, afin d'obtenir à ce point de vue des groupements entièrement homogènes. Chacun de ces groupements ne comprenait que les enfants qui ne s'écartaient pas de quatre mois dans un sens ou dans l'autre de l'âge indiqué. Par exemple, au nombre des enfants de 8 ans ne furent rapportés que les individus âgés de 7 ans 8 mois à 8 ans 4 mois.

Passant à l'examen des résultats obtenus, exposons d'abord les données qui se rapportent à la répartition d'après l'âge des mouvements volontaires de la face, effectués synchroniquement et symétriquement (tableau n° 2).

Dans le tableau n° 2 sont indiquées les valeurs moyennes de la quantité des mouvements exécutés pour chacun des groupements d'après l'âge. Les données obtenues permettent de noter l'existence de rapports constants dans la répartition du nombre des mouvements volontaires des muscles de la face en rapport avec l'âge.

TABLEAU N° 2

AGE	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Quantité des mouvements :													
Expression													
absolue .	10,5	12,7	13,4	13,8	16,4	17,9	17,9	18,3	18,7	19	20	18,8	19,4
En %.....	40,4	48,8	51,5	53,1	63,1	68,8	68,8	70,4	71,9	73,1	76,9	72,3	74,6

A partir de l'âge de 4 ans et au cours de toutes les périodes ultérieures, celui-ci s'accroît progressivement et constamment, atteignant son maximum à l'âge de 14 ans. A l'âge de 15 ans et 16 ans, on note une certaine diminution de la quantité des mouvements mimiques actifs, ce qui trouble dans une certaine mesure le caractère progressif de l'évolution de la psychomotricité faciale en fonction de l'âge.

Quant aux mouvements effectués asynchroniquement, c'est-à-dire isolément de chaque côté de la face, on note également une augmentation très nette de leur quantité avec l'âge. L'examen du tableau n° 3 nous le prouve clairement.

TABLEAU N° 3

AGE	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Nombre des mouvements :													
Expression													
absolue .	2,9	3,7	3,3	4,1	4,8	5,9	6	5,9	5,9	6,6	7,4	6,9	6,9
En %.....	17,9	23,1	20,3	25,4	29,7	36,6	37,5	36,9	37,1	41,2	46,3	42,3	43,1

Parmi les 16 mouvements de la musculature symétrique de la face qu'il s'agissait d'examiner isolément et monolatéralement, un petit nombre seulement a pu être effectué. Chez les enfants examinés ce dernier variait en moyenne entre 3 et 7, c'est-à-dire entre 18 et 46 %.

L'analyse neurophysiologique des données que nous avons obtenues permet de noter que le développement avec l'âge de la motilité volontaire faciale se trouve en rapport avec le développement ontogénétique progressif des mécanismes de l'innervation, qui dépendent principalement de l'écorce sensomotrice.

Pour que les mouvements puissent se développer régulièrement, la présence d'appareils émetteurs et récepteurs est indispensable. L'existence d'un certain mouvement volontaire reflète par conséquent l'activité fonctionnelle des éléments centrifuges et centripètes de l'écorce cérébrale. Mis en rapport avec des facteurs psychiques, tel que la velléité d'agir, l'impulsion volontaire, la formation des conceptions motrices, la projection consciente de la formule motrice correspondante, etc..., les mouvements volontaires dépendent du fonctionnement non seulement des centres moteurs de l'écorce cérébrale, mais aussi de l'action des circonvolutions frontales, qui influent sur ces dernières et cons-

tituent le psychomotorium supérieur. Nos données nous permettent de suivre quantitativement la croissance progressive des capacités fonctionnelles des centres primaires et supérieurs de la région psychomotrice.

Il faut noter que la psychomotilité faciale, comme on peut le constater en examinant les tableaux que nous avons présentés, augmente en quantité jusqu'à la période de puberté. A l'âge de 15 et 16 ans nous constatons une certaine diminution du nombre des mouvements volontaires des muscles de la face. Ce fait qui semble tout d'abord paradoxal s'explique en réalité par les lois de l'ontogénèse de la psychomotilité dans son ensemble. Le développement progressif de cette dernière de même que de tout le système nerveux ne s'interrompt et ne s'affaiblit pas à la période de transition, mais acquiert, en rapport avec les changements provoqués par le processus de la puberté, certaines particularités qualitatives. Au cours de cette période de transition s'effectue une reconstruction de l'appareil moteur dans son ensemble, ce qui provoque un certain trouble de coordonner et de régler les mouvements. C'est ce qui explique la diminution du nombre des mouvements volontaires des muscles de la face, que l'on constate à l'âge de 15 et 16 ans. Les mouvements mimiques dont le développement dans la majorité des cas est indépendant de l'influence des stimulants externes, permettent de mettre nettement en évidence le processus naturel de la croissance de leur différenciation, qui résulte des lois de l'évolution intercorticale. Les mouvements actifs des muscles de la face se trouvent en corrélation directe avec l'évolution de la sphère psychomotrice, étant donnée dans les conditions habituelles du développement de l'individu, ils ne sont généralement pas soumis à une expérience volontaire.

Les données de l'analyse ontogénétique de la motilité des muscles mimiques peuvent être résumés dans un tableau dans lequel elles sont présentées d'après l'apparition consécutive de ces mouvements et d'après l'âge. L'existence d'un mouvement déterminé n'est noté que lorsque au moins 75 0/0 d'enfants de cet âge sont capables de l'effectuer.

*de 4 à 5 ans (4<sup>e</sup> degré)*

- 1) Relèvement de sourcils ; 2) occlusion légère des paupières ;
- 3) clignement des yeux ; 4) forte occlusion des paupières ; 5) occlusion des lèvres ; 6) mouvement des lèvres comme pour souffler dans un instrument à vent ; 7) déplacement des lèvres

en avant comme pour prononcer la lettre « o » ; 8) gonflement des joues ; 9) mise à nu des dents.

*à l'âge de 6 ans (5° degré)*

10) projection des lèvres en avant comme pour siffler.

*à l'âge de 7 ans (6° degré)*

11) froncement des sourcils ; 12) clignement d'un œil ; 13) occlusion énergique d'un orifice palpébral ; 14) légère occlusion des paupières d'un œil.

*à l'âge de 8 ans (7° degré)*

15) renversement au dehors de la lèvre inférieure ; 16) abaissement de la lèvre inférieure ; 17) attraction des commissures labiales au haut et au dehors ; 18) déplacement des commissures labiales vers la ligne médiane.

*à l'âge de 9 ans (8° degré)*

19) attraction de la peau du menton en haut ; 20) gonflement d'une joue ;

*à l'âge de 10 à 12 ans (9° degré)*

21) attraction des commissures labiales en bas et en arrière ; 22) contraction unilatérale des muscles de la face ;

*à l'âge de 13 à 15 ans (10° degré)*

23) attraction d'une commissure labiale en haut et au dehors ; 24) mise à nu des dents d'un côté ;

*à 16 ans (11° degré)*

25) élévation de la lèvre supérieure ; 26) formation d'un pli transversal dans l'espace intrasourcilier.

Cette liste des mouvements volontaires de la face notés dans l'ordre de leur apparition successive avec l'âge, non seulement confirme les considérations que nous avons formulées antérieurement au sujet de l'évolution progressive de la motilité des muscles de la face et de sa corrélation avec le développement neuropsychique, etc., mais elle peut également avoir une importance pratique et servir d'échelle approximative permettant de

déterminer le degré de développement de la psycho-motricité générale.

Pour vérifier l'échelle graduée de la motricité faciale, il ne nous semble pas dénué d'intérêt de présenter les résultats de certaines observations effectuées sur des enfants dont le développement psychique offrait un retard de différents degrés. Ces enfants furent soumis non seulement à un examen psychoneurologique et somatique détaillé mais aussi à des recherches effectuées d'après la méthode décrite dans ce travail. Les exemples concrets de l'application de cette dernière permettent de comprendre les procédés de l'analyse et de l'interprétation des résultats obtenus. Comme exemple nous prendrons des sujets de type oligophrénique, étant donné qu'ils s'écartaient généralement des conditions normales non seulement par leur développement psychique, mais aussi par leur motricité générale.

V. L...off, garçon de 11 ans 5 mois, indolent, de développement physique moyen, displastique, gaucher, bègue, à mimique inexpressive, imbécile. L'étude des mouvements actifs de la face de cet enfant a donné en résumé des résultats suivants :

Il a exécuté :

7 (0,78)	des mouvements propres aux enfants de	4 à 5	ans.
1 (1)	— — —	6	—

En total, il a exécuté huit mouvements.

La formule du développement de la psychomotricité faciale est :

$$4 - 0,22 + 1 = 4,78.$$

Prenant en considération l'âge du sujet examiné, qui est de 11 ans 5 mois, nous pourrions nous attendre à le voir exécuter les tests du 9<sup>e</sup> degré (pour les enfants de 10 à 12 ans). Le résultat obtenu (4,78) nous permet de constater dans ce cas un retard, évalué d'après la formule :

$$9 - 4,78 = 4,22.$$

En énonçant ces données sous une forme propre à celle des tests métriques, nous pouvons constater chez l'imbécile en question un développement de la psychomotricité faciale correspondant au degré 4,78, par conséquent, un retard de 4,22 degrés.

S...ine, garçon de 9 ans, écolier de la première classe. Progrès scolaires insuffisants, indolent, de santé faible, constitution asthénique avec traits displastiques. Type cérébro-respiratoire de la face, mimique inexpressive et faible mobilité, bègue. Développement intellectuel, d'après Binet et Simon, correspondant à l'âge de 7 ans, débilité mentale.

L'examen de la psychomotricité faciale de cet enfant a donné les résultats suivants :

Il a effectué :

6 (0,67)	des tests	correspondant à l'âge de 4 à 5 ans.	
1 (1)	—	—	6 ans.
0 (0)	—	—	7 —
0 (0)	—	—	8 —
1 (0,5)	—	—	9 —

Total : 8 des tests exécutés.

La formule du développement de la psychomotricité faciale est :

$$4 - 0,33 + 1 + 0 + 0 + 0,5 = 5,17.$$

Formule déterminant le degré de retard :

$$8 - 5,17 = 2,83.$$

L...off, garçon de 10 ans, écolier de la 2<sup>e</sup> classe. Progrès scolaires insuffisants, santé satisfaisante, constitution asthénique et displastique ; allure, mimique et parole ne présentant rien de particulier. Au point de vue intellectuel, subnormal.

En ce qui concerne les mouvements mimiques actifs, les résultats suivants ont été obtenus :

L'enfant a exécuté :

9 (1)	des mouvements propres aux enfants de 4 à 5 ans.	
1 (1)	—	6 —
2 (0,5)	—	7 —
2 (0,5)	—	8 —
1 (0,5)	—	9 —
0 (0)	—	10 à 12 —
0 (0)	—	13 à 15 —
2 (1)	—	16 —

En totalité, il a effectué 17 mouvements.

La formule du développement de la psychomotricité de la face est :

$$4 + 1 + 0,5 + 0,5 + 0,5 + 0 + 0 + 1 = 7,5.$$

Le retard peut être exprimé par la formule :

$$9 - 7,5 = 1,5.$$

Ces observations permettent de noter que les enfants présentant des retards intellectuels de degrés différents, offrent également un certain retard en ce qui concerne leur psychomotricité faciale, comme le prouve l'emploi des méthodes que nous avons décrites.

Pour compléter notre exposé prenons pour exemple des enfants bien doués.

E..., garçon de 6 ans 4 mois, maigre et pâle, constitution asthénique, visage bien proportionné, facilement excitable, mobilité moyenne. Sait lire et écrire, compter et dessiner. Résout les tests de 8, 9 et 10 ans d'après Binet. Parole expressive, stature droite, mimique expressive et mobile. Développement intellectuel au-dessus de la moyenne.

L'examen de la psychomotricité faciale a donné les résultats suivants :

L'enfant a exécuté :

9 (1)	mouvements correspondant à l'âge de			4-5	ans.
1 (1)	—	—	—	6	—
2 (0,5)	—	—	—	7	—
2 (0,5)	—	—	—	8	—
2 (1)	—	—	—	9	—
2 (1)	—	—	—	10-12	—
0 (0)	—	—	—	13-15	—
2 (1)	—	—	—	16	—

En totalité, il a exécuté 20 mouvements.

La formule déterminant le degré de développement de la psychomotricité faciale est :

$$4 + 1 + 0,5 + 0,5 + 1 + 1 + 0 + 1 = 9.$$

Le développement de la psychomotricité faciale a surpassé le degré moyen et son avancement peut être apprécié d'après la formule :

$$5 - 9 = -4.$$

Ainsi, le sujet examiné dépasse de 4 degrés le niveau propre à son âge.

Les données de ces recherches au sujet de la psychomotricité faciale sont ainsi confirmées non seulement au cours de l'examen d'enfants entièrement normaux et préalablement sélectionnés, mais aussi d'enfants sub-normaux de type oligophrénique et de sujets supernormaux présentant un développement intellectuel supérieur. Ces recherches démontrent l'existence d'une corrélation positive entre le développement général de la sphère neuropsychique et l'état de la psychomotricité faciale. Leurs résultats peuvent être résumés de la façon suivante :

1. La quantité des mouvements actifs de la musculature de la face augmente sans discontinuer avec l'âge.

2. La période de la puberté est caractérisée par une certaine diminution de la quantité des mouvements volontaires de la musculature faciale. Ce fait se trouve en accord avec la dissociation somato-neurologique propre à cette période.

3. La majorité des mouvements isolés de la musculature de la face font leur apparition à des périodes déterminées. Tels mouvements se développent plus tôt, d'autres plus tard. L'évolution de certains mouvements semble s'effectuer sans aucune règle apparente.

4. La base anatomique et physiologique de l'évolution de la psychomotricité faciale est constituée par les systèmes d'association de l'écorce cérébrale, dont le développement se produit durant toute l'enfance, l'adolescence et la jeunesse.

5. L'analyse ontogénétique des particularités de l'évolution des mouvements actifs de la face nous a permis de présenter une échelle graduée d'après l'âge des tests, permettant de déterminer le degré de motricité faciale et pouvant servir à l'étude du développement psychomoteur des enfants et des adolescents.

6. Il existe une certaine corrélation positive entre le développement psychique général et la motricité volontaire de la face : la motilité de la face est faible chez les enfants du type oligophrénique et permet de noter un retard de quelques degrés selon l'âge, d'après notre méthode. Chez les enfants d'un développement moyen ou normal le nombre des mouvements actifs mimiques correspond à la moyenne propre à cet âge. Quant aux enfants doués, ils possèdent une motricité faciale qui dépasse quantitativement et qualitativement le degré moyen de développement de la mimique de la face.

---



# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 11 Avril 1935*

---

Présidence : M. Th. SIMON, président,  
et Cl. VURPAS, vice-président

---

## Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 14 mars 1935 et le procès-verbal de la séance du lundi 25 mars 1935 sont adoptés.

## Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Roger GOT, de Sarreguemines, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

des lettres de M. le D<sup>r</sup> COSTEDOAT, professeur agrégé du Val-de-Grâce, actuellement en fonctions à l'Ecole du Service de Santé Militaire à Lyon, et de M. le D<sup>r</sup> H. LE SAVOUREUX, médecin-directeur de la Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, Jean LÉPINE et Paul COURBON, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 24 juin 1935 ;

## Centenaire de Magnan

une lettre de M. le Dr FLOURNOY, *président* de la *Société Suisse de Psychiatrie*, désignant M. le Dr W. BOVEN, privat-docent à l'Université de Lausanne, pour représenter cette Société à la Célébration du Centenaire de Magnan ;

une lettre de M. le Dr DEMAY, *secrétaire* de l'*Association Amicale des Médecins des Etablissements d'Aliénés de France*, faisant part de la désignation de M. le Dr J. HAMEL, *président*, pour représenter cette Association à la Célébration du Centenaire de Magnan.

## PRÉSENTATIONS

**Deux cas d'aliénés migrants**, par MM. LÉVY-VALENSI, J. BOREL et M<sup>lle</sup> M. DEROMBIES (*Travail de la Clinique du Professeur Claude*).

Foville publie, en 1875, son mémoire sur les aliénés voyageurs ou migrants.

Médecin de l'asile de Quatre-Mares, il recevait dans son service des individus qui se rendaient au Havre dans l'intention de s'embarquer pour l'Amérique et que leur comportement avait fait arrêter.

Foville se défend de vouloir faire du voyage le critère d'une forme clinique particulière d'aliénation. Mais il met tout à fait en dehors de ses migrants plusieurs catégories de malades : les imbéciles qui vagabondent ; les dipsomanes qui pendant leurs accès quittent leur domicile ; les épileptiques à fugues inconscientes et les déments qui s'égarent. Il faut à l'aliéné migrant un motif sérieux de déplacement ; son voyage est un acte réfléchi et conscient, dérivé d'idées nettes et logiquement systématisées. Il ressemble en somme à l'halluciné trop tourmenté qui change souvent de domicile, tout en restant dans la même ville. Tous les malades de Foville sont en effet hallucinés, affectés, suivant la terminologie de l'époque, de délire partiel, et qui fuient leurs persécuteurs. Certains aussi pensent réaliser les projets de leur mégalomanie.

Nous rapportons deux observations d'aliénés migrants.

Moins encore qu'autrefois, on ne peut penser aujourd'hui à rapprocher, au point de vue clinique, les malades d'après l'analyse de leur comportement.

Notre présentation n'a d'autre but que de rappeler cette forme de réaction délirante, souvent pittoresque et déjà anciennement décrite.

OBSERVATION I. — Cro..., âgé de 72 ans.

Paysan breton, cultivait un petit bien dans un village, près de Saint-Malo.

Il n'avait jamais quitté son pays, sauf pendant son service militaire. Rien d'important dans son passé, sauf une fièvre typhoïde à 23 ans.

Veuf depuis longtemps, il a deux enfants mariés et établis ; il a perdu une fille de 20 ans, morte de la grippe en 1918.

Il y a 3 ans, s'installe un délire de persécution.

Un de ses voisins a monté — le fait est réel — un appareil de sans-fil et dès lors, il se passe des choses anormales : il pleut trop souvent, davantage qu'autrefois ; les marées sont plus violentes. Un jour, il lit sur le journal « l'Ouest-Eclair » : taisez-vous, on vous entend, ne vous laissez pas prendre. A ce moment, le voisin vient chez lui chercher du lait, ce qu'il ne faisait pas d'habitude, et lui serre la main. Cr... se sent tout perdu, se sauve dans le jardin, la vue troublée et ne sachant plus ce qu'il faisait.

Il se rend à Pontorson, chez le pharmacien, qui lui dit qu'il est empoisonné. Il s'adresse aux gendarmes qui l'envoient au médecin, mais refuse d'y aller car celui-ci est précisément un ami de son voisin. Le lendemain, il va à St-Malo trouver un autre médecin qui prescrit du gardénal.

Il ressentait des sensations très pénibles partout, sur la tête, sur le cœur, la poitrine. Ça grouillait dans lui, la vue se brouillait. Il se sentait comme paralysé. Il souffrait beaucoup, éprouvait comme un tremblement intérieur, dû à l'électricité.

Il savait bien déjà que c'était le voisin qui l'avait pris, il l'avait vu monter sa lampe de T.S.F. Avec celui-ci était le directeur de l'*Ouest-Eclair*. Dès lors, de plus en plus, il est pris par les rayons, plus de cent bonhommes l'ont pris, et tous appartiennent à la droite, ce sont des Chouans, comme on dit. Pas un de la gauche ne l'a pris. On lui donnait une poignée de main, il ne s'apercevait de rien immédiatement, mais après, il était comme électrisé.

Alors, il décide de partir. Il laisse sa maison et ses champs à ses enfants, moyennant une rente annuelle de 4.000 fr. et il s'en va, emportant 20.000 fr. en billets de banque.

Dans une première pérégrination, qu'il effectue à bicyclette, il se rend à Dôle de Bretagne, puis à Châteauneuf, revient à Dôle où il reste deux mois, repart, traverse toutes les villes de Bretagne, Dinan, Lamballe, Lannion, Morlaix, Brest, Lorient, Nantes, descend dans l'ouest, à La Rochelle, Bordeaux, gagne Montauban, Toulouse, va jusqu'à Tarascon ; là, revient sur ses pas à Toulouse, Bordeaux, et

retourne en Bretagne, à Nantes, à Rennes, enfin chez lui. Mais il ne reste que quelques jours dans son pays, et repart pour Rennes, prend le train pour Paris, puis pour Lyon ; va à pied d'Avignon à Cannes, Nice, Monaco, revient à Nice, prend le train pour Paris, de Paris, il repart pour Lyon par le train, et de Lyon, de nouveau, à pied, passe à Avignon, Marseille, prend le train pour Port-Vendres, dans l'idée de s'embarquer pour l'Afrique du Nord, mais change d'avis et gagne à pied Marseille, Toulon, Cannes, Nice. Il revient de Nice à Paris à pied. A peine arrivé, repart, toujours à pied, pour Orléans. Enfin, revient à Paris par le train.

Au début, il voyageait à bicyclette, puis il alla à pied, le plus souvent, faisant des étapes de 25 à 30 kilomètres. Rarement, il prenait le train. Il ne restait jamais dans un endroit, dès qu'il était découvert, il n'y avait plus moyen de vivre.

Parfois même, il partait peu après son arrivée dans un hôtel, dès qu'il apercevait le sans-fil. Il s'arrêtait de préférence dans les villages, pensant mieux échapper à ses persécuteurs.

A Nice, il avait loué une chambre garnie, au prix de 100 francs pour un mois ; mais, tranquille deux jours, il a dû fuir dès le troisième jour. Deux ou trois fois seulement, il a couché dehors. Quand il se sentait découvert, il avait peur d'être saisi par la lampe. C'était toujours la même sensation : une douleur, des crampes nerveuses qui le prenaient partout, puis ça grouillait dans l'estomac au moment où le mal le quittait. Il a dépensé en trois ans 10.000 francs de son capital et 4.000 francs payés par ses enfants ; il vivait très sobrement, ne buvait que de l'eau.

Ce sont tous des gens de la droite, les camelots du roi, et à présent en outre, les prêtres, qui se sont mis contre lui ; c'est une affaire de parti politique. Comme lui est républicain, quoique modéré, il n'est pas bien vu de ces Messieurs. Ils veulent lui faire du mal, le faire périr, si possible. C'est toute une organisation, ils s'entendent entre eux ; partout où il va, il est pincé. On retrouve sa direction par le sans-fil. On le reconnaît partout, parce qu'il est même photographié ; s'il passe à côté d'un prêtre ou d'un camelot, il est photographié par une lampe, sans qu'il sans doute. Il ne les entend jamais ; il n'a jamais rien remarqué de particulier aux gens de la rue. Ils dissimulent toujours leur lampe dans leur poche.

A maintes reprises, Cr... a demandé assistance, soit au Commissariat de Police, soit aux médecins dans les hôpitaux. On se moquait de lui, et il repartait. Plusieurs fois, il s'est adressé au Procureur de la République, à Rennes, à Saint-Malo. Mais le Procureur était prévenu d'avance par le sans-fil et refusait de l'écouter.

Récemment, il arriva à Paris, ayant quitté précipitamment Orléans. Il en avait assez, souffrait trop et décida de le déclarer publiquement. Dans la rue, il rencontre plusieurs prêtres et se promet de faire un éclat au prochain prêtre qu'il va rencontrer. Il avait acheté un

revolver, 3 ans auparavant, pour se défendre contre les voleurs. Il retire la balle d'une cartouche et, apercevant un prêtre qui arrivait à sa hauteur, il tire à blanc. Il n'a jamais eu l'intention de tuer, il est honnête, n'a jamais fait de mal ni de tort à personne. Il a voulu attirer l'attention sur lui, il ne savait plus où aller.

S'il n'avait pas fait cela, il ne serait plus en vie à présent.

OBSERVATION II. — Le Cl... Marie-Victor, 24 ans.

Entré dans le service pour un état de dépression nerveuse et psychique, sans douleur morale appréciable, avec idées délirantes hypochondriaques. Il a une poche d'eau dans la tête, entre l'os et le cerveau, survenue à la suite d'une chute récente sur le crâne ; l'eau descend petit à petit jusqu'à l'abdomen. Sa rate est enflée, son foie hypertrophié, son pancréas détaché remonte sous les côtes. Tout va pourrir à l'intérieur ; il est rempli de vers, qu'il a essayé de faire sortir en se tailladant le ventre, mais très superficiellement, avec une lame de rasoir.

Il exprime aussi de vagues idées d'influence ; certaines personnes ont une action sur sa volonté. Sa mère, en pensant trop à lui, l'oblige à dire des prières.

Ultérieurement, apparaissent quelques idées d'hypnotisme, d'envoûtement. Il se rappelle qu'il a vu le diable une ou deux fois. Il veut entrer à la Trappe. Les convictions de ce malade ne paraissent d'ailleurs pas très fermes ; il change assez aisément de thème. Il semble parfois utiliser des souvenirs d'onirisme, car il a des antécédents éthyliques certains.

Avant d'arriver à Sainte-Anne, ses idées hypochondriaques l'ont conduit dans de nombreux hôpitaux parisiens : la Charité, Lariboisière, Necker, la Salpêtrière, la Pitié, Broussais, enfin Henri-Rousselle. Il arrive d'ailleurs d'un long voyage qui a occupé la plus grande partie de l'année 1934.

Parti de son village, en Bretagne, il suit à pied la ligne du train jusqu'à Guingamp. Prend le train pour le Mans, mais ne descend qu'à Chartres ; se place dans une ferme en Beauce, où il travaille pendant deux mois.

Repart par le train jusqu'à Versailles, où il passe deux jours, visite le château ; vient à Paris où il consulte, se croyant atteint de syphilis ; quoiqu'on lui dise que les résultats de l'examen du sang sont négatifs, il n'est pas rassuré.

Il repart alors, à pied, faisant de longues marches pour éliminer ses toxines syphilitiques. Il veut se rendre au Havre ou à Cherbourg pour s'embarquer ; passe à Dreux, Evreux. Avant d'arriver au Havre, fait demi-tour, va à Caen, à Lisieux, retourne à Evreux, change encore d'avis et d'itinéraire et se dirige vers Bordeaux, toujours à pied ; il fait des étapes de 40 à 50 kilomètres, logeant dans les fermes, parfois couchant dans les meules, à la belle étoile. Il passe à

Laval, Mayenne, puis traverse la Charente, Angoulême, s'arrête à Libourne où il travaille. C'est là qu'il aurait été victime d'un accident, une chute sur la tête. Il va néanmoins à Angoulême, où on l'hospitalise quelque temps, et d'où il repart, toujours à pied, pour Paris.

Cette humeur vagabonde s'était déjà manifestée à plusieurs reprises, sans se réaliser aussi complètement. A l'âge de 18 ans, il quitte sa famille, part pour Brest, veut s'engager dans la marine. Mais ses parents l'obligent à revenir. Quelque temps après, il décide à nouveau de partir, de se rendre à Paris, mais il ne va que jusqu'à la gare prochaine.

Le Cl... est un garçon d'aspect robuste, assez fruste.

On n'a constaté chez lui aucun signe neurologique ni sérologique.

C'est, depuis l'âge de 17 ans, un psychasthénique avec préoccupations hypocondriaques. Il s'est cru d'abord atteint de tuberculose. Les médecins disaient qu'il n'avait rien, mais il ne les croyait qu'à moitié. Plus tard, au service militaire, après un contact avec une femme, chose unique dans son existence, il a eu la phobie de la syphilis, avec peur de contaminer les autres.

Cette phobie persistante a été une des raisons de ses migrations.

Dans son enfance, il était déjà scrupuleux, craintif, émotif, mais aussi imaginatif, rêveur, mythomane. Après de bonnes études à l'école primaire, il obtint une bourse pour l'école d'agriculture, d'abord à Bréhoulou, puis à Rennes. C'est là qu'il prit en même temps des notions de pathologie et la peur des maladies. De retour chez ses parents, il entra en conflit avec eux, à causes de ses périodes dépressives avec des réactions d'irritabilité et de colère, aggravées par quelques dispositions paranoïaques.

Le conflit avec ses parents, la peur de les contaminer, le désir de se faire soigner à Paris et aussi le besoin de changer de place, peut-être enfin de petites idées d'influence et de persécution semblent avoir été à l'origine de ses déterminations migratrices.

REMARQUE. — Le premier malade représente tout à fait l'aliéné voyageur de Foville. A la faveur de l'involution sénile, avec léger affaiblissement intellectuel, s'est développé un délire de persécution. Depuis trois ans, le malade fuit ses persécuteurs, son voyage n'a d'autre but que de le soustraire à leurs persécutions.

Le deuxième malade est différent. Il n'a pas de raisons très précises, de motif dérivé d'un système délirant. Neurasthénique rural, il fait penser au déséquilibré instable. Il se rapproche peut-être davantage du fugueur que du migrateur de Foville.

Mais comme le disait déjà cet auteur, le voyage, réaction délirante, ne saurait indiquer une forme clinique particulière d'aliénation et nous n'avons rapproché ces deux malades, diffé-

rents à tous points de vue, que pour rappeler l'histoire de ces curieux voyageurs..

## BIBLIOGRAPHIE

BENON et FROISSARD. — Fugues et vagabondage. (Société Médico-Psychologique, 27 juillet 1908).

BRIAND (Marcel), MOREL et LERET. — Trois cas de migrations pathologiques. (Société Clinique de Médecine Mentale, année 1919).

DUCASTÉ. — Les fugues dans les psychoses et les démences (*Archives de Neurologie*, janvier et février 1907).

FOVILLE (A.), fils. — Aliénés voyageurs ou migrants. (*Annales Médico-Psychologiques*, 1875).

TISSÉ. — Les aliénés voyageurs. (Thèse Bordeaux, 1887).

WAHL. — Trois observations de dégénérés migrants. (*Annales Médico-Psychologiques*, tome II, p. 425, 1909).

**Syndrome de démence précoce post-traumatique,**  
par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et M<sup>lle</sup> PETIT.

Les cas de démence précoce post-traumatique ne sont pas fréquents. Comme suite à la communication de MM. Le Guilant et Mareschal (1) faite récemment ici et au cas de M. Hamel signalé à la même séance nous rapportons le cas suivant :

Ve. est entré, à l'âge de 22 ans, dans le service, le 8 octobre 1931, venant de l'hôpital Henri-Rousselle, où il avait fait l'objet du certificat suivant :

« Etat dépressif, idées de persécution. Inactivité complète, manque de force, gêne inexplicable dans la tête. Hallucinations épisodiques (menaces, insultes, ordres). Répond à voix basse à ses interlocuteurs invisibles. Irritabilité. Colères. Violences contre sa mère. Inaffectivité. Indifférence sexuelle. Rires sans motif. Syndrome de démence précoce apparu progressivement dans les années ayant suivi un trauma crânien grave, suivi de confusion mentale pendant plusieurs semaines. Crises comitiales rares au cours de l'évolution. »

*Antécédents héréditaires.* — Mère, 51 ans, bien portante.

Père alcoolique, avec troubles du caractère, était violent vis-à-vis des siens.

Un frère âgé de 24 ans, bien portant.

(1) Démence précoce post-traumatique. (Soc. Méd.-Psych., 28 janvier 1935. *Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1935, p. 117).

*Antécédents personnels.* — Développement psychomoteur normal; on ne signale pas de convulsions dans le jeune âge.

Ve. a été à l'école communale où il travaillait assez bien.

A 12 ans, en décembre 1920, il fait une chute sur le verglas, la tête porte sur le bord du trottoir. Le malade, qui ne présente ni plaie, ni épistaxis, reste sans connaissance pendant plusieurs heures. Lorsqu'il revient à lui, il se plaint de céphalées violentes. Pendant trois semaines, fièvre élevée, oscillant entre 40° et 41°, confusion mentale accompagnée d'une surdité qui va persister pendant deux mois. Après quelques semaines de convalescence, il retourne à l'école, mais il est incapable de fournir un effort d'attention et sur les conseils d'un médecin, les parents le placent en apprentissage.

De 1921 à 1923, le malade se plaint par intervalles, de céphalées de type migraineux à prédominance temporale gauche. Il a quelquefois des nausées, il présente enfin, au cours de son travail, plusieurs crises comitiales avec chute, perte de connaissance et morsure de la langue.

En janvier 1924, à la suite de céphalées violentes, V. est admis pendant deux mois à la Salpêtrière, où il présente un accès de confusion mentale avec fièvre élevée (40°) qui dure trois semaines. Le diagnostic porté par M. Souques et le Prof. Tuffier a été : confusion mentale chez un sujet atteint en 1920 d'un traumatisme cérébro-méningé.

De 1924 à 1926, un séjour de deux ans à la campagne se passe sans incident et notre malade revient en 1927 à Paris. Il trouve une place de garçon livreur dans une maison de commerce, donne satisfaction pendant quelques mois, puis fait quelques excès éthyliques (apéritifs, rhum).

Il devient irascible, coléreux. Présente des cauchemars, des zoopsies. Réveils anxieux.

Quelques crises épileptiques réapparaissent en 1929, et c'est au cours de cette année-là que notre malade est réformé. De 1929 à 1930, le changement de caractère s'accroît de plus en plus : le malade présente en particulier des impulsions, manifeste une haine violente contre sa mère et va jusqu'à la battre.

C'est dans ces conditions que le placement est décidé et que le malade arrive dans le service.

A son entrée, en 1931, il est bien orienté, mais présente une très grande lenteur de l'idéation. Il répond avec peine aux questions. Son débit est monotone, sa voix sourde. Il se plaint de céphalées suivies souvent de crises de colère. Il a des hallucinations auditives ; il est réticent quant à la nature des voix. Les hallucinations ont surtout lieu du côté droit. On le traite de maquereau et il dit entendre la T.S.F.

Dans la suite, impulsions violentes ; une nuit, il a frappé violemment un infirmier, lui cassant une dent, et n'a pu être maintenu qu'après une forte lutte.



Il présente ensuite des idées de grandeur; vagues, incohérentes; il se dit prince italien, prince Rampolla, il ne reconnaît plus sa mère, qu'il appelle Mme B., de son nom de jeune fille.

En 1933, les idées de grandeur disparaissent.

La ponction lombaire pratiquée alors ne décèle rien de particulier: albumine: 0,20. Pandy: 0. Weichbrodt: 0. Leucocyte: 0,4. Benjoin: 00000.00000.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

L'examen du sang est négatif pour les réactions de Meinicke, Kahn et Bordet-Wassermann.

Actuellement: son vrai nom n'est pas Ve; c'est Bl., le nom de jeune fille de sa mère.

Assez bien orienté, il sait qu'il se trouve à Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. Ce n'est pas un hôpital, c'est un hospice. Il donne correctement sa dernière adresse, mais il croit qu'il n'est ici que depuis huit mois.

Lorsqu'on lui demande son âge, il répond: « D'après mon âge à moi, j'ai 25 ans ». En réalité, il a 27 ans. Il demande souvent à s'en aller, « il faut lui signer sa sortie avant 11 heures ». L'hospice est, dit-il, « tout à fait contraire à son tempérament », et il demande à être conduit au pavillon Magnan pour reprendre ses vêtements de ville qui lui ont été enlevés à son entrée.

Toutefois, lorsqu'on lui dit qu'il aura besoin d'un traitement prolongé, il ne s'émeut pas et s'informe seulement de la durée probable du séjour.

Il se plaint toujours d'une « gêne dans la tête », demande à ce qu'on lui « dévoile le cerveau ». Mais il assure qu'il n'est pas malade: « je me consulte moi-même ». Ses sentiments affectifs sont nuls. On lui parle de la disparition possible de sa famille dans un accident de chemin de fer, il demande « sur quelle ligne par exemple? »

L'idéation est extrêmement troublée, il y a de l'incohérence verbale, de la stagnation dans la pensée et du barrage par intervalles.

Il s'exprime sur un ton monotone, ouvrant à peine la bouche, comme s'il était fatigué par l'effort. Il obéit assez correctement aux ordres qu'on lui transmet, avec quelquefois une mauvaise humeur non dissimulée. On note un certain degré de maniérisme, des attitudes avec sourires discordants. Grimaces, surtout au niveau des yeux, qu'il ouvre brusquement et largement avec fixité spéciale du regard à ce moment et une sorte de projection de l'œil en avant.

Il a encore des impulsions, bouscule dans la cour infirmiers ou malades et jette au passage quelques mots grossiers.

Nous n'avons jamais mis en évidence de phénomènes cataleptiques.

Au point de vue neurologique, il existe un léger tremblement de la langue et des doigts. Les réflexes tendineux sont vifs. On ne note aucun trouble de la sensibilité ni de la motricité. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière.

Une radiographie du crâne (face et profil) pratiquée récemment n'a rien décelé de particulier.

En résumé, ce sujet a été atteint, à l'âge de 12 ans, d'un traumatisme cranien grave (fracture du crâne probable) avec perte de connaissance suivie de confusion mentale fébrile, d'une durée de plusieurs semaines et de surdité. Il est atteint ensuite de céphalées violentes, de troubles du caractère et d'une diminution de l'activité cérébrale ; il présente plusieurs crises d'épilepsie.

Quatre ans après le traumatisme, épisode méningé grave avec fièvre. Depuis, les troubles mentaux ont suivi une marche progressive pour aboutir au syndrome mental actuel : ralentissement de l'idéation, dysmnésie, inconscience de son état morbide. Indifférence affective. Comportement stéréotypé. Incohérence du langage. Sentiment de « gêne cérébrale ». Discordances, grimaces, impulsions violentes.

Nous insisterons sur ce fait que chez notre malade le développement intellectuel paraissait normal avant le traumatisme et qu'on ne relève dans les antécédents héréditaires que l'alcoolisme du père. Nous pensons donc qu'on peut attribuer le syndrome actuel aux lésions cérébrales causées par le traumatisme.

D'après certains auteurs, entre autres Babonneix et Brissot (1), Masquin (2), Claude, Borel et Robin (3), on trouve généralement dans ces cas un état antérieur psychopathique soit de débilité mentale, soit de déséquilibre mental, et le traumatisme ne consisterait qu'une cause occasionnelle.

Dans les cas où le traumatisme semble avoir déterminé complètement les troubles mentaux (cas de Capgras, Juquelier et Bonhomme (4), Trénel et Sizaret (5)), il s'agirait plutôt de confusion mentale chronique que de démence précoce. Pour ne pas préjuger de cette question doctrinale, nous avons employé

(1) L. BABONNEIX et M. BRISSOT. — Etude sur 5 cas d'affections mentales (confusion ou démence) d'origine traumatique. *Revue Neur.*, 1918, p. 317.

(2) MASQUIN. — Syndromes confusionnels dans les grands traumatismes craniens. *Thèse*, Paris, 1931

(3) H. CLAUDE, A. BOREL et G. ROBIN. — Evolution démentielle post-traumatique, au cours d'un état de déséquilibre habituel, à type manie chronique. *Soc. Clin. de méd. ment.*, 18 juin 1923, p. 169.

(4) J. CAPGRAS, P. JUQUELIER et BONHOMME. — La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre. *Soc. Clin. de méd. ment.*, 7 juillet 1917, p. 58.

(5) TRÉNEL et SIZARET. — Sur la question des séquelles lointaines des commotions de guerre. Commotion et démence précoce. *Soc. Clin. de méd. ment.*, 21 février 1927, p. 40.

dans notre cas le terme de « syndrome de démence précoce » et nous insistons sur le fait que si les troubles mentaux ont revêtu l'aspect actuel c'est parce que les lésions ont intéressé un cerveau encore en voie de développement.

M. CAPGRAS. — Evidemment il s'agit d'un état démentiel post-traumatique, comme on en a vu pendant la guerre. Mais je ne l'appellerais pas démence précoce, car l'évolution des troubles, et leurs caractères ne sont pas les mêmes que dans la psychose ainsi désignée.

M. MARCHAND. — Je crois que tout clinicien qui ne connaîtrait pas le passé du sujet, ne pourrait pas classer le cas ailleurs que dans celui de la démence précoce.

**Développement d'un syndrome d'automatisme mental chez une déséquilibrée hypomaniaque spirite, par M. L. MARCHAND, M<sup>lle</sup> P. PETIT et M. J. FORTINEAU.**

Nous présentons, à la Société, cette malade qui, depuis plusieurs années, a une tendance à attribuer ses inspirations poétiques et musicales à une volonté étrangère et qui semble verser progressivement dans un syndrome d'automatisme mental. Chez elle, les troubles de l'autocritique se traduisent par l'interprétation fantastique des phénomènes qu'elle éprouve.

Mme Del. Suzanne, âgée de 39 ans, vient consulter à l'hôpital Henri Rousselle en décembre 1933, pour des « crises nerveuses ».

*Antécédents personnels.* — On ne note aucune maladie grave dans son enfance, mais, dès sa jeunesse, elle se révéla comme une déséquilibrée instable, émotive, irritable et impulsive, très orgueilleuse et mystique. Mariée à 21 ans, elle eut 4 fils qui seraient bien portants et fit deux fausses couches.

C'est en 1930, à l'âge de 34 ans, après son dernier accouchement, que survinrent les premières manifestations psychopathiques. Elle fut alors atteinte de phlébite compliquée d'embolie pulmonaire, et, trois mois plus tard, apparurent des crises nerveuses très variables dans leurs caractères et leur intensité.

Les unes présentaient manifestement les caractères de crises pithiatiques : angoisse très vive, impulsion à marcher, et réactions violentes irrésistibles : bris d'objets, de meubles, de carreaux. « J'aurais tué quelqu'un, dit-elle, c'était une crise de folie. » Elle aurait proféré en effet des menaces de mort et a blessé légèrement son mari. Ces crises, très fréquentes (15 à 20 par jour), d'une durée d'une

heure parfois, se terminaient par un « évanouissement ». Elles étaient toujours mnésiques.

D'autres crises, beaucoup plus rares, semblaient présenter les caractères de crises comitiales : perte plus ou moins complète de connaissance, révulsion des yeux, phase tonique, écume et mordillage plutôt que morsure de la langue, amnésie.

Outre ces grandes crises, elle aurait aussi présenté de petits accès n'intéressant que le côté droit du corps et caractérisés par une sensation de refroidissement, de gonflement et de contraction du bras, mouvements de circumduction de la main, clignotement de l'œil droit, déformation de la bouche et salivation, sans perte de connaissance.

Notons, pour préciser dès maintenant le diagnostic, que toutes ces crises disparurent complètement en 48 heures, dès décembre 1933, sous l'influence d'un traitement au Rutonal à dose très faible, et sans doute, nous dit la malade « sous l'influence magnétique émanant du médecin ».

En même temps qu'apparaissaient ces crises, les troubles du caractère s'étaient exagérés. La mésentente conjugale s'aggrava et le mari, excédé par les scènes continuelles, les violences, les menaces de suicide de sa femme la quitta en février 1934, tout en assurant sa subsistance, d'une façon d'ailleurs précaire.

Depuis deux ans, Mme D. éprouve des phénomènes involontaires, étrangers à sa personnalité normale, quoique conscients et qu'elle ne reconnaît pas comme morbides. Elle les interprète en se disant médium. Sa médiumnité, dit-elle, lui a été révélée en 1933. Mais elle est sans doute médium depuis toujours. « C'est une médiumnité naturelle qui prend dans le sommeil », don qui s'est développé progressivement à son insu. En 1919, une cousine, médium elle-même, lui avait prédit, au cours d'une séance de spiritisme, « qu'elle serait vers la trentaine, un grand médium ». A cette époque, Mme D. s'était intéressée au spiritisme et elle avait lu de nombreux livres d'occultisme.

Sa « médiumnité » se manifeste sous deux sortes de phénomènes : les uns à l'état de veille, les autres pendant le sommeil naturel.

A l'état de veille, ce sont des inspirations poétiques et musicales conscientes. Spontanément, à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, n'importe où, la malade entre en « état de transe », ressent un frémissement irrésistible, et se met à écrire des poèmes ou à improviser des mélodies. Si elle tente de résister à l'inspiration, elle éprouve une souffrance très vive, « une impression de surcharge intérieure angoissante ». Souvent, elle ne peut terminer son poème : « quelque chose se brise en elle, comme une communication téléphonique brusquement interrompue. » Elle doit laisser sur le métier son ouvrage, en attendant le retour de l'inspiration.

Ses poèmes sont écrits de son écriture normale, rapidement, presque sans rature ni surcharge. Elle les relit facilement, mais les reco-

pie parfois pour que la présentation soit plus élégante. Elle a pu les taper à la machine au cours de l'inspiration. Il ne s'agit donc pas d'écriture automatique.

Ces poésies sont d'ailleurs médiocres ; si la rime est respectée, de nombreuses règles de prosodie font défaut. Leur contenu est variable, « tour à tour sérieux ou badin », ils évoquent des souvenirs, expriment des souhaits ; ils ne sont jamais délirants.

Nous n'avons pas entendu ses inspirations musicales. « Elle joué, nous dit-elle, des choses merveilleuses », alors qu'elle a fait des études musicales très élémentaires. Ces inspirations sont également irrésistibles ; n'ayant plus de piano chez elle, elle entre, dès que l'inspiration survient, chez un marchand d'instruments de musique et, prétextant l'achat d'un piano, se met à jouer pendant une heure parfois.

Pendant le sommeil, les phénomènes consistent en « transport de son âme dans un autre corps ». Il s'agit, nous dit-elle, d'un phénomène de métempsychose, elle croit d'ailleurs très fermement à la transmigration des âmes. Elle fait ainsi de grands voyages, presque toujours « dans les pays froids » qu'elle ne connaît pas, mais vers lesquels elle est particulièrement attirée. Par exemple, elle fit un voyage en Norvège et, pendant trois semaines, elle vint chaque nuit dans le même pays, retrouvant le même site. Au mois d'octobre, son âme assista à l'assassinat du Roi Alexandre I<sup>er</sup>, et par le truchement de la personne qu'elle habita, elle veilla le corps du Souverain et parla à la Reine.

Après ces voyages, elle se réveille le matin, parfaitement reposée, et garde le souvenir très précis de ce qu'elle a vu. Par contre, si elle est réveillée « avant que son âme ne réintègre son corps », elle éprouve une « impression épouvantablement douloureuse ».

L'an dernier et pendant deux mois seulement, elle a été « dominée par un esprit qui vint habiter en elle » et lui fit commettre des actes délictueux. Ce devait être l'esprit de son ancienne cuisinière, qui était une voleuse. La malade errait dans les magasins comme une automate ; une impulsion irrésistible lui faisait prendre quelque objet, le plus souvent sans valeur, toujours inutile, qu'elle ne dissimulait pas. Arrêtée à plusieurs reprises, elle n'a jamais été poursuivie.

Depuis quelques mois, les phénomènes d'automatisme mental se sont aggravés. La malade a la certitude « qu'un esprit vient en elle qui substitue sa pensée à sa propre pensée » ; il s'agit de la « réincarnation d'une âme errante particulièrement éprise d'Idéal ». Elle se dit posséder le don de pressentiment, de double vue. Elle a du devinement de la pensée d'autrui ; inversement des médiums, beaucoup plus forts qu'elle, devinent sa propre pensée, l'influencent à son insu, et elle peut faire avec eux de la transmission de pensée. Elle présente également de l'écho de la pensée : « sa pensée lui revient comme si elle provenait d'une autre personne ».

Tout récemment sont apparues des hallucinations auditives ver-

bales ; à trois reprises, elle perçut dans l'oreille droite trois voix masculines inconnues, des voix de savants ; il s'agissait d'une conversation scientifique d'ailleurs indistincte.

Sa mère, morte depuis deux ans, lui est apparue plusieurs fois au réveil, pendant quelques secondes ; puis la vision s'évanouit.

Ajoutons que la malade éprouve l'impression nette que quelque chose évolue en elle : « Des phénomènes nouveaux, dit-elle, se produisent sans cesse, j'attends une révélation mystérieuse. » Son délire présente une teinte mégalomaniacale. Elle est l'instrument d'une grande découverte scientifique, elle est une grande méconnue qui vit « dans un Idéal perpétuel ». Elle signe ses poèmes : de L... (détachant la particule de son nom) ; elle ébauche d'ailleurs des idées de filiation : elle croit descendre à la fois des ducs d'Orléans et de Bonaparte.

La malade se plaint aussi de nombreux troubles sensitivo-moteurs : engourdissement du bras droit, mouvements involontaires de la main, sensation de paralysie avec douleurs diffuses, courant électrique intense, sensation de refroidissement ou au contraire de chaleur passant à travers le corps comme un éclair ; flammes colorées devant les yeux ; enfin impression en elle-même d'une « chose bizarre, rapide, qui l'impressionne ».

Le fonds mental de Mme D. ne nous paraît pas dépasser un niveau moyen. Elle fit des études secondaires jusqu'à 17 ans, mais n'a pas passé son baccalauréat. Elle ne présente pas de signes d'affaiblissement intellectuel.

Sa conviction délirante est absolue ; cependant, elle dissimule son délire à ceux qui ne sauraient la comprendre, de crainte de passer pour une folle.

L'examen physique révèle seulement une hyperréflexivité tendineuse généralisée, de la leucoplasie linguale. On ne note pas de troubles de la sensibilité objective.

Les réactions sérologiques sont négatives dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien ne présente rien de particulier : tension : 20 ; alb. : 0,30 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Benjoin : 00000.02210.00000 ; Wassermann et Meinicke négatifs.

Dans ses *antécédents héréditaires*, rien ne mérite d'être retenu, si ce n'est qu'elle doit, dit-elle, à sa mère, chanteuse à l'Opéra, ses dons artistiques. Un oncle maternel avait également des inspirations.

Enfin, plusieurs personnes de sa famille se seraient intéressées d'une façon toute objective au spiritisme.

En résumé, cette malade, déséquilibrée dès sa jeunesse, est atteinte, à l'âge de 34 ans, à la suite d'un 4<sup>e</sup> accouchement, compliqué de phlébite, de crises nerveuses pithiatiques ; puis elle éprouve des inspirations irrésistibles, poétiques et musicales au cours desquelles elle a l'impression qu'une action étrangère,

automatique, s'exerce sur sa mentalité. Elle a la croyance délirante que son âme, durant son sommeil, se sépare de son corps et voyage dans des pays lointains qu'elle peut décrire. Puis ces phénomènes d'automatisme mental s'exagèrent et nous voyons apparaître chez elle un état d'excitation idéique, avec intuitions, devinations, de l'écho de la pensée, des substitutions de pensées, des hallucinations auditives verbales, des hallucinations visuelles, des idées d'influence et de possession. Non seulement cette malade ne reconnaît pas ces troubles comme morbides, mais elle ébauche un délire de grandeur et de filiation. Cette succession en l'espace de deux ans de phénomènes variés indiquant que la mentalité de cette femme se laisse envahir par l'automatisme nous autorise à admettre que l'affection évolue vers un syndrome d'automatisme mental avec idées d'influence et de grandeur, dont on peut ainsi suivre les diverses étapes.

M. LÉVY-VALENSI. — Je ne retiendrai de cette intéressante communication qu'un point concernant le soulagement éprouvé par la malade lorsqu'elle obéissait à ses inspirations poétiques. C'est là un trait commun aux poètes psychopathes et aux poètes sains d'esprit, ainsi que je l'ai signalé dans un article récent de l'Hygiène mentale. Lord Byron, notamment avoue : « Le besoin d'écrire bouillonne en moi, comme une tortue dont il faut que je me délivre. »

### Délire romanesque de rêverie, par MM. G. HEUYER et AJURIAGUERRA.

OBSERVATION. — Le 23 mars 1935, le malade, M. Maurice, âgé de 36 ans, a été envoyé à l'Infirmierie spéciale par le Commissariat de son quartier. Des lettres successives, adressées à Port-Etienne (Mauritanie), à un destinataire inconnu, portaient sur l'enveloppe le nom du Préfet de police comme expéditeur. Ces lettres contenaient des détails faciles à vérifier et le nom de l'expéditeur réel fut trouvé sans difficulté.

Interrogé sur les circonstances qui l'avaient amené à écrire à Port-Etienne, M. déclara que, depuis longtemps, il s'occupait de spiritisme et que ses actes lui sont dictés par les esprits ; c'est sur les indications des esprits qu'il écrivit à un certain Joseph Dubois et s'il avait inscrit sur l'enveloppe le nom du Préfet de police comme expéditeur, c'était dans le but de faire « du chantage », c'est-à-dire d'obliger les lettres à arriver. Il écrivait ces lettres pour retrouver une femme qu'il désignait sous le nom de « Ruthénia » ; il a vécu avec elle dans une autre vie et, avec elle, il a des communications de pensée à distance.

Ruthénia est la reine du peuple des Atlantes. Joseph Dubois doit servir d'intermédiaire pour la retrouver.

Au cours de l'enquête, on apprit que M. avait acheté récemment deux revolvers qui lui avaient été enlevés par sa femme et qu'il avait menacé celle-ci de mort à plusieurs reprises.

Envoyé à l'Infirmerie spéciale, M. se présente avec assurance et répond sans difficulté à l'interrogatoire. Il rédige toute son autobiographie et une série de documents où il fait l'exposé de son délire.

Ses antécédents familiaux sont assez chargés : sa mère est âgée de 63 ans. Elle est hémiplégique depuis 4 ans, à la suite d'hypertension et d'ictus successifs. Elle paraît être un esprit simple et sans culture, et elle s'occupe depuis longtemps de magie et de spiritisme. Elle aurait, depuis quelque temps, des hallucinations auditives et des idées de persécution. Son père, âgé de 78 ans, vieil alcoolique, est impotent et presque aveugle. Un oncle aurait été interné. La sœur, âgée de 31 ans, est normale.

L'enfance de M. s'est déroulée normalement. Il a obtenu le certificat d'études primaires. Après le certificat, il a travaillé dans plusieurs bureaux ; ses fonctions étaient peu importantes. Il vécut en solitaire. Les apprentis qu'il aurait pu fréquenter ne lui convenaient pas, il les évitait. Ses sorties étaient le cinéma, les visites de musées, les promenades. La vie familiale ne pouvait, non plus, le satisfaire ; ses parents étaient âgés, le père taciturne, la mère malade. Il avait avec sa sœur de continuelles et violentes discussions.

En avril 1918, il fit son service militaire. Malgré ses efforts pour devenir élève caporal, il resta soldat de 2<sup>e</sup> classe. A cette époque, il acheta des ouvrages de graphologie et d'occultisme ; il accepta leur contenu sans discussion.

En rentrant du régiment, il apprit la sténo-dactylographie. Il entra en 1921 à la Compagnie Ouest-Lumière où il a gardé la même fonction, sans avancement.

En 1922, il fit un effort pour sortir de sa « politique d'isolement », il fréquenta les dancings, fit la connaissance de camarades, de jeunes filles, mais il n'eut pas de liaison. Il considère cette période comme creuse et artificielle. Il avait beaucoup de camarades, mais n'avait pas un ami réel.

A l'âge de 24 ans, il se maria. Il était encore vierge, il « ignorait tout, presque tout de l'existence ». Pendant 6 ans, sa femme et lui vécurent à peu près d'accord, malgré les différences de caractère ; « elle a le caractère gai, le mien est plutôt sombre ; elle aime la société, j'aurais plutôt tendance à la fuir ; j'ai toujours désiré lire, elle, fort peu ». Désaccord physique « dû à ma constitution plus forte que la sienne ». Désaccord sexuel « dû à la crainte de ma femme de devenir enceinte, elle remplissait ses devoirs sexuels sans enthousiasme ». La peur des enfants et la curiosité l'entraînèrent à des essais de sodomie sur sa femme.

Au bout de deux ans de mariage, sa femme présenta des accidents,



qu'on qualifia de pré tuberculeux. Peu à peu, il se détacha d'elle. En 1925, pourtant, ils eurent un premier enfant, une fille.

Pendant l'hiver de 1930 à 1931, il lut un feuilleton, paru dans un journal du soir et intitulé « L'autre Atlantide ». Il était question de sirènes vivant dans des cavernes situées sous l'archipel des Açores. Par intuition, il se rend compte qu'il peut jouer un rôle dans ce récit. Dès lors, il n'a qu'une idée, partir à la recherche de l'Atlantide. Il envoie sa femme chez une cartomancienne pour connaître l'avenir ; celle-ci lui annonce que, par l'intermédiaire de certaines personnalités parisiennes, il aura, à bref délai, une situation très différente de celle qu'il a jusqu'alors.

Progressivement, apparaissent des troubles du caractère. Il devient irritable, insomniaque, il se lève la nuit pour se promener dans les bois, il ne parle presque pas à sa femme, il ne sort plus, il éclate de rires immotivés. Impulsif, violent, il frappe sa femme à coups de poing sur le ventre lorsqu'elle est enceinte de leur deuxième enfant. La naissance de cet enfant disloque le ménage, déjà peu solide. « Cet enfant empêchait le développement de ses projets », encore assez vagues.

Pour réaliser le voyage qu'il rêve, il lui faut de l'argent. Dans ce but, il décide de réaliser une grande invention, un appareil de projections lumineuses, applicable à la mise en scène théâtrale. Une directrice d'un grand music-hall, à laquelle il présente son invention en 1932, la considère comme sans intérêt.

Vers la même époque, il devient un habitué des milieux spirites et particulièrement de la rue Copernic. Il s'initie aux pratiques, qu'il connaît théoriquement par de nombreuses lectures. Il rencontre, rue Copernic, les époux D. qu'il considère comme les intermédiaires parisiens annoncés par la cartomancienne. Il attend beaucoup des D., mais voyant qu'ils ne s'adressent pas directement à lui, il leur écrit une lettre. En même temps, il a la conviction qu'il est devenu médium, c'est-à-dire qu'il a acquis « l'aptitude à percevoir ce qui vient de l'au-delà : pouvoir télépathique, communication de pensée, écriture automatique sont innés en lui. »

A cette période, il présente des phénomènes hallucinatoires, il entend des voix, des cantiques, il entend « comme si l'oreille était dans le cerveau ». Parfois, ce sont des phrases courtes, l'essentiel des phrases, de style télégraphique, à voix basse, sans sonorité ; des pensées étrangères viennent de l'au-delà et arrivent toujours du même côté de sa tête au-dessus et à gauche.

Progressivement, sa mission est devenue plus claire. En mai 1934, il est convaincu de l'existence des survivants de l'Atlantide et de la reine Ruthénia. Il est persuadé qu'il a déjà vécu avec elle, soit qu'elle ait été femme, soit qu'elle ait été sirène. L'au-delà lui fait savoir qu'il existe un intermédiaire entre lui et Ruthénia. C'est Joseph Dubois. Celui-ci, Atlante authentique, porte un nom français et est fixé à Port-Etienne en Mauritanie. M. envoie de nombreuses lettres par

avion à Port-Etienne, elles mentionnent parfois le nom de l'expéditeur réel, d'autres fois le nom de M. Langeron, 7, boulevard du Palais. Ne recevant aucune réponse, M. demande des renseignements par lettre au Capitaine commandant le Cercle de la Baie du Lévrier.

Ruthénia lui donne rendez-vous, pour le 9 juin, au Pont de Neuilly, avec l'intention de l'enlever. M. écrit sur ces faits une lettre anonyme au Commissaire de police de Puteaux : il s'agit « d'un habitant de la rue Cartault, marié, père de famille, qui a été repéré par des étrangers depuis assez longtemps. Son enlèvement aura lieu au moment où l'on s'y attendra le moins. On ne lui fera aucun mal, il sera même très bien traité ; il sera transporté en état d'inconscience dans un port de la Manche ou de l'Atlantique et embarqué aussitôt à bord d'un yacht pour l'étranger. Ceux qui l'auront enlevé utiliseront plus tard sa personnalité à des fins politiques ».

Ruthénia ne vient pas au rendez-vous car, entre temps, elle a essayé de trouver un autre personnage pour le remplacer. Elle ne trouve personne qui « soit aveuglé par sa beauté et mette autant de complaisance à satisfaire ses fantaisies lubriques ». Elle décide alors d'enlever M. pour la fin de l'année.

Au début de décembre, l'au-delà annonce à M. la venue de Dubois en France. M. se charge de trouver une chambre. Le 9 décembre, le propriétaire de l'hôtel V., à Puteaux, reçoit un coup de téléphone d'un inconnu qui lui demande de retenir une chambre pour un nommé Dubois ; celui-ci doit arriver le lendemain ou le surlendemain du Havre. Le 13 septembre, l'hôtel V. reçoit une lettre pour Dubois. Le 20 septembre, M. se présente à l'hôtelier comme étant l'expéditeur de la lettre et le prévient que Dubois ne viendra pas ; il veut reprendre la lettre qui, dit-il, contient des documents importants.

A cette époque « rupture complète de l'équilibre apparent du ménage et création d'un couple artificiel où les deux conjoints sont profondément étrangers l'un à l'autre. » Les rapports sexuels avec sa femme ont cessé depuis quelque temps, car il est en communication de pensée avec Ruthénia, femme nettement supérieure ».

Sachant Dubois toujours en France, il écrit, du 5 octobre au 5 novembre, au moins 25 lettres dans différentes villes de France. Pour « faire pression sur l'au-delà », il donne, sur l'enveloppe, comme expéditeur, le nom du spirite D. Au mois de novembre, D., qui reçoit toutes ces lettres, vient lui demander ce qu'elles signifient et le traite de fou. Le 5 novembre, à son bureau, on le change de service et on lui confie un travail inférieur.

Ne recevant pas de lettre de Dubois, M. essaie de contracter un emprunt de 4.000 fr. qui lui aurait permis de se rendre à St-Louis. Il manifeste l'intention de se suicider ; il achète un revolver, que sa femme cache à plusieurs reprises.

Le 14 décembre, il part pour Bordeaux avec un millier de francs, provenant des économies conjugales. Il écrit à trois reprises à Port-

Etienne, il envoie un télégramme en ces termes à J. Dubois, à Port-Etienne : « Situation désespérée, envoyez argent pour voyage, urgent, Maurice ».

Le 3 janvier, il revient chez lui n'ayant plus que juste de quoi payer son voyage. Sa femme ne veut pas le recevoir, elle l'envoie chez ses parents, à la charge de qui il est resté, dans l'attente de l'arrivée de J. Dubois. « On me dit maintenant, écrit-il dans une lettre à ses amis Atlantes, qu'il est en route et qu'il arrivera à Marseille ou à Bordeaux ». Le 17 janvier : « j'espère que cette fois, c'est vrai. On m'avait promis que j'aurais une lettre de Dakar ce matin, il n'y avait rien. Dubois m'apporte, paraît-il, de l'argent, cet argent est destiné à ma femme pour qu'elle ne soit pas dans la misère, et à moi pour que j'aie de quoi me vêtir et me munir de linge, il faut sauver le décorum, paraît-il, vis-à-vis de l'Atlantide ».

Sur ces entrefaites, sa femme demande le divorce pour « violences, départ du foyer conjugal, pour aller à la recherche d'une femme nommée Ruthénia ».

Au mois de mars, M. est arrêté. Au moment de son arrestation, l'au-delà lui commande : « dis que tu as agi inconsciemment, on ne te fera rien, ça s'arrangera ».

*Analyse de la rêverie pathologique.* — M., malgré l'interdiction de l'au-delà nous a livré, avec un grand luxe de détails, ses projets atlantéens ; son délire est un amalgame de lectures nombreuses d'ouvrages sur l'Atlantide : « L'Atlantide et ses traditions », Histoire de l'Atlantide », l'article de *Paris-Soir* déjà cité, un article sur les Atlantes dans la *Revue Spirite*, les ouvrages de Binet Sanglé, de l'abbé Moreux, Alain Gerbault, Henri de Monfreid et surtout du roman de Pierre Benoît.

Dans un tableau synoptique, il a établi l'identité entre les personnages de son délire et ceux du roman de Pierre Benoît.

Antinéa = Ruthénia, 24 ans, très belle brune polyglotte, reine, princesse atlantéenne authentique. Instincts sexuels anormaux.

St-Avit = M., personnalité quelconque. Employé d'administration. Marié, deux enfants. Instincts anormaux. Rôle capital de l'affaire de mœurs.

Morhange et quelques autres personnages ne comptant pas en réalité.

Cegheir Ben Cheickh = Joseph Dubois, identique puisqu'il devait « l'enlever » ; en réalité, c'est le père de Ruthénia, au même titre, prince royal, l'Atlantide étant un petit royaume.

Tanit Zergua : Mme Joseph Dubois.

Les Touaregs : les Atlantes.

D'après M., il n'y a qu'un rapprochement avec le roman de Pierre Benoît : « il y a équivalence, mais il n'y a pas analogie, car *L'Atlantide* n'est pas un roman de mœurs, tandis que l'affaire atlantéenne est surtout et avant tout une affaire de mœurs. »

C'est progressivement, après la lecture de *Paris-Soir*, qu'il s'est rendu compte de l'existence réelle de l'Atlantide et du rôle important qu'il devait jouer. Il est persuadé que l'Atlantide a une succursale en France, que dans cette succursale il s'est rencontré, il y a trois ans, avec Ruthénia et les Atlantes. Il est convaincu que Ruthénia est sa maîtresse depuis quatre ans ; il est en rapport presque continu avec elle. Dans son bureau, il s'arrête de travailler pour penser à elle et vivre son roman, d'où les rires dits immotivés, qui ne sont que « l'expression extérieure de la situation intérieure... Je me représente, par exemple, la réaction d'un curé de Bretagne se trouvant en face d'une sirène atlantéenne ».

Conscient de sa mission, il essaie de réaliser un plan d'ensemble pour diffuser la morale et la sociologie atlantéennes. Le programme à exécuter se ramène à publier des livres variés et à vivre en France en attendant le dénouement, dans 18 ou 20 ans. Pendant ce temps, « on travaillera l'opinion. » Elle sera vivement intéressée par la fameuse *affaire de mœurs*.

« Le thème fondamental de cette affaire, c'est qu'une sirène avait enlevé un modeste employé, père de famille, dont elle était devenue la maîtresse lors d'un séjour en France. La rançon de sa beauté, ce sont ses mœurs inavouables. Légalement, j'ai 35 ans. Physiologiquement, pour qu'il n'y ait pas de déséquilibre entre Ruthénia et moi, il faut que je n'aie pas plus de 28 ans. On trouvera d'ailleurs que je ne vaudrais que le quart d'un individu normal. En effet, je suis atteint d'un varicocèle. Toutes les considérations de différence d'âge, de position sociale, d'infirmités, font que l'affaire de mœurs, avec ses détails scabreux, est prouvée et indiscutable. »

Dans cette affaire, il y a aussi des participants inconscients : les deux enfants ; Claude restera avec sa mère et recevra régulièrement des envois d'argent. Jeannine se mariera avec un Atlante.

Conséquences de l'affaire de mœurs : scandale qui éclatera vers 1940 entre l'Égypte et l'Atlantide. Soulèvement des Égyptiens et de tous les Arabes contre les Européens. La France et l'Angleterre seront obligées de réagir avec énergie et violence. Guerre entre le Japon et les États-Unis, etc... En outre, convoitise de l'Europe à l'égard des mines d'or qui se trouvent dans les cavernes des Atlantes. Développement des théories collectivistes et révolutionnaires. Guerre et révolution mondiales. Effondrement du capitalisme. Ce sera la fin du monde. Il faudra une nouvelle création...

Ainsi, le délire romanesque s'étend jusqu'à une formule cosmogonique.

Grâce à l'amabilité de M. le Professeur Claude, nous avons pu suivre ce malade à la Clinique. Déjà, lors de sa sortie de l'Infirmerie et de l'envoi à Ste-Anne, M. doutait de la réalité de ses conceptions. Il se demandait s'il n'avait pas été victime d'une « mystification » de la part des esprits. Depuis qu'il est à la Clinique, il affirme qu'il ne croit plus aux Atlantes. Il dit qu'il a rêvé, qu'il est maintenant guéri, et il

demande sa sortie. Il parle de son roman au passé. En apparence, il paraît le critiquer.

Bien des éléments nous permettent de douter de la réalité de cette guérison rapide. Lorsqu'on cause avec M. longuement, il oublie de parler de son histoire au passé ; il en raconte tous les détails avec une ardeur passionnée. Puis, brusquement, il se reprend en disant : « lorsque je croyais à... ». Il est possible qu'il réduise sincèrement son roman délirant. Mais il est certain qu'il croit encore à l'existence des esprits, à sa propre nature de médium ; il est convaincu avoir eu des communications qui se sont manifestées réellement par des rythmes, des bruits, une sorte de télégraphe morse qu'il a dû interpréter. De plus, il persiste à considérer que sa vie conjugale n'est plus possible, que sa femme lui est inférieure et qu'il doit se séparer d'elle.

En réalité, sa guérison est plus apparente que réelle.

Au point de vue physique, il n'existe aucun signe neurologique. Au premier aspect, le malade paraît présenter une exophtalmie. Mais il n'y a aucun autre signe de maladie de Basedow, ni tachycardie, ni tremblement. L'exophtalmie, l'aspect particulier du crâne, qui est volumineux avec un front élevé, rappelle, par certains points, une dysostose crânio-faciale. A ce point de vue, d'autres recherches pourront être effectuées.

*Commentaires :* Ce malade présente un délire de rêverie avec tous les caractères que l'un de nous a précisés dans cette forme particulière de délire imaginatif :

1° un délire imaginatif, mégalomane et érotique, de contenu incohérent ou absurde, sans affaiblissement psychique ;

2° une rêverie qui, d'abord consciente et volontaire, joue à titre de compensation d'une réalité pénible et finit par devenir un syndrome délirant.

Nous avons indiqué, chemin faisant, le thème du délire qui transpose dans la psychiatrie les éléments d'un roman célèbre.

Quant à la compensation que représente, pour notre malade, ce délire érotique et mégalomane, elle est évidente lorsqu'on lit l'autobiographie qu'il nous a remise. Tout au long de cette confession, il se juge avec une fausse humilité : il a échoué aux examens ; il a fait un médiocre mariage ; il n'a jamais pu avoir d'avancement dans sa profession. Il est un « raté ». En revanche, il a été choisi comme amant par Ruthénia, reine des Atlantes, qui satisfait avec lui ses mœurs inavouables. Nous avons indiqué les préoccupations sexuelles particulières du malade. Nous nous dispensons de faire les faciles commentaires psychanalytiques qui pourraient convenir. M., qui, depuis son entrée à

l'asile, a été examiné par de nombreux psychiatres, sait déjà qu'il est un « refoulé ».

Nous voulons insister sur deux points qui nous paraissent essentiels :

1° A la base de la psychose, existe un syndrome d'automatisme mental. Depuis 15 ans, M. éprouve le sentiment d'un dédoublement de sa personnalité. Le sentiment de l'existence d'une personnalité seconde l'a orienté vers l'étude du spiritisme et la fréquentation des milieux spirites. Ultérieurement ont existé, des hallucinations auditives. Il nous les a décrites avec précision. Ce sont des bruits, des mots, des lambeaux de phrases « sans tonalité ». Il nous a fait la description des hallucinations verbales élémentaires, indifférentes, sans couleur et sans contenu du début de l'automatisme mental. Puis ce furent des chants, des bouts de cantiques ; enfin, des phrases plus longues. Finalement, et jusqu'à l'entrée à l'infirmerie, des conseils et des ordres. Actuellement, il affirme ne plus rien entendre. Mais nous faisons toutes réserves sur ses affirmations intéressées. Le malade désire sortir. Il est possible même que ce soit sur l'ordre des esprits qu'il déclare maintenant ne plus rien entendre. En tout cas, il continue à être assuré de la possibilité de communications avec les esprits, de l'existence des transmissions de pensée, même si la voix de l'au-delà s'est tue, provisoirement.

2° La rêverie romanesque de M. fut peut-être un jeu à son début. Elle lui servit à interpréter les communications étranges, incomplètes, inexpressives, qu'il avait avec l'au-delà. Puis le délire s'est développé de lui-même, s'est organisé selon les lectures et les notions acquises par M., qui se qualifie d'« autodidacte ».

Brusquement, en présence de la réalité de l'internement, il est possible que M. ait pris conscience de l'inanité de ses conceptions romanesques. Il est possible qu'il soit sincère quand il affirme qu'il ne croit plus en l'existence des Atlantes et de Ruthénia. Mais, de son aveu même, persiste sa croyance en une personnalité seconde dont la médiumnité lui permet d'être en contact avec « les esprits » et l'au-delà.

Ainsi se vérifient la persistance du noyau d'automatisme mental et la fragilité de la superstructure délirante, d'autant plus fragile et incertaine qu'elle consiste en une rêverie imaginative et romanesque.

Au point de vue nosologique, plusieurs étiquettes pourraient être mises sur cette observation : psychose paranoïde, para-

phrénie confabulante ou fantastique. Nous laissons à qui le désire le soin de choisir entre les diverses étiquettes. Elles ne nous apportent rien de précis dans la compréhension du délire. Il nous paraît plus important d'étudier en détail les différents syndromes, de montrer la naissance, le développement et la fragilité du syndrome délirant de rêverie et, en opposition, l'ancienneté, la fixité et la ténacité du syndrome basal d'automatisme mental.

C'est sur l'existence du syndrome d'automatisme mental que nous fondons, malgré une apparence de guérison, un pronostic de chronicité.

M. LAGACHE. — Le malade ne semble pas avoir eu un automatisme délirant bien riche. Pas d'écho de la pensée, pas de commentaire des actes.

M. MARCHAND. — Le mécanisme des troubles mentaux de ce malade est le même que celui de la malade que nous avons présentée tout à l'heure. Mais celle-ci est moins intelligente que celui-là.

M. VURPAS. — L'attitude du malade qui a, à maintes reprises, offert devant nous des explications, pendant le récit que M. Heuyer faisait de son passé, prouve avec évidence qu'il n'est pas du tout guéri, mais qu'il continue à délirer.

M. HEUYER. — L'automatisme mental pathologique n'est en effet que fragmentaire et d'un bien faible développement auprès de la rêverie fantastique qui va aboutir à un délire de véritable cosmogonie.

**Démence consécutive à une vaccination anti-variolique,**  
par M. G. HEUYER et M<sup>me</sup> ROUDINESCO.

La malade que nous présentons, Mlle B., âgée de 35 ans, nous a été adressée à l'hôpital le 23 février 1935, par le D<sup>r</sup> Berdet.

Elle présente un affaiblissement intellectuel global. Son comportement niais, souriant, euphorique, indique un niveau mental très bas, que confirme l'examen psychologique.

Examinée avec les tests de Binet et Simon, elle a un niveau de 7 ans et demi environ. Elle ne peut donner la date du jour, elle retient très difficilement 5 chiffres et ne compte pas sans erreur de 20 à 0. Avec les tests de Terman, le niveau mental est de 7 ans à peine.

Il s'agit bien d'un affaiblissement intellectuel, puisque Mlle B. a

obtenu son brevet simple et qu'elle a eu un comportement normal jusqu'à ces dernières années.

La démence est globale, elle porte sur la mémoire de fixation et de reproduction, sur le jugement et, partiellement aussi, sur l'affectivité, qui est puérile et excessive; la malade est très attachée à sa mère, mais comme un enfant de 7 ou 8 ans, qui serait timide et craintif. Elle s'inquiète du moindre examen et, très facilement, a les larmes aux yeux. Il s'agit d'une démence globale. Quand elle est calme, la malade est euphorique avec un rire béat et des propos d'une grande puérilité.

A noter qu'il existe quelques troubles dysarthriques qui pourraient, au premier abord, faire penser à une démence paralytique. En réalité, il n'y a aucun signe de paralysie générale, aucune possibilité d'une syphilis acquise, ni héréditaire. Il n'y a aucun symptôme de syphilis du névraxe. La ponction lombaire faite en 1933 a donné une hyperalbuminose — albumine 0 gr. 50 — mais aucune lymphocytose; le Wassermann était négatif; la réaction du benjoin était aussi négative. La ponction lombaire faite de nouveau il y a trois semaines, a donné une albuminose normale (0 gr. 25), sucre 0 gr. 50, benjoin négatif, Wassermann négatif.

Il n'y a donc pas de paralysie générale.

On pourrait, à la rigueur, parler d'une démence précoce, à forme simple. Mais le début aurait été très tardif car, ainsi que nous le verrons, c'est à 30 ans que sont apparus les symptômes de cette démence. Il n'y a eu aucun épisode délirant, aucune hallucination; de plus, la forme de la démence que nous constatons et qui est globale, n'a pas les caractères de dissociation intellectuelle que l'on trouve dans la démence précoce. Notamment chez notre malade, il y a des troubles profonds de la mémoire, que l'on ne trouve pas dans la démence précoce. Les troubles de l'affectivité ne sont pas non plus ceux de l'hébéphrénie.

A noter qu'il existe quelques petits signes neurologiques, d'ailleurs discrets: un léger tremblement digital et un petit tremblement lingual fibrillaire; du côté gauche, il y a un peu d'hypertonie, une ébauche de roue dentée, une exagération des réflexes de posture, une certaine difficulté à faire les marionnettes; dans cette épreuve, les mouvements ne sont ni démesurés ni asynergiques, mais un peu lents.

Les réflexes tendineux sont vifs, mais égaux. Le stylo-radial s'accompagne de flexion des doigts, l'achilléen d'une flexion plantaire des 4 derniers orteils des deux côtés. Nous signalons ce dernier symptôme, qui fera l'objet de recherches ultérieures.

Il s'agit d'une démence qui est survenue dans les conditions suivantes: jusqu'en 1927, Mlle B. a été normale. Elle a passé son brevet élémentaire à 14 ans, puis elle a fait des études de piano avec sa mère, professeur de musique. En 1927, elle est entrée à l'école Pigier, pour apprendre la sténo-dactylographie. Au moment de l'entrée, elle a dû être vaccinée contre la variole. La vaccination



à la cuisse gauche s'accompagna d'une réaction locale nécrotique, dont la trace est encore visible, et d'une forte réaction générale avec fièvre, mais sans aucun trouble psychique, notamment sans délire, sans convulsions. La malade dut rester alitée quelques semaines car des pansements prolongés furent nécessaires.

Après la guérison de la plaie, le premier symptôme qui attira l'attention fut une asthénie physique considérable. La malade ne paraissait pas affaiblie intellectuellement, mais elle était fatiguée, fatigable, et elle ne put reprendre aucun travail. C'est un an ou 18 mois plus tard seulement que la mère remarqua un affaiblissement manifeste de l'intelligence ; toutefois, elle se rappelle que, déjà, 3 ou 4 mois après la vaccination, elle disait à sa fille : « tu deviens bête, tu n'aurais jamais fait cela auparavant. »

Puis, sans somnolence, sans troubles oculaires, sans délire, sans hallucinations, l'affaiblissement intellectuel a progressé de manière constante, pour aboutir à la déchéance actuelle.

Toutefois, il semble que, depuis l'an dernier, l'affaiblissement intellectuel est en plateau, la démence ne paraît plus s'aggraver. Au contraire, quelques petits progrès paraissent possibles. Ainsi, la malade qui avait oublié complètement les notions de piano qu'elle possédait, se montre capable d'en récupérer les premiers éléments. Notons, de plus, que l'hyperalbuminose rachidienne, qui était de 0 gr. 50 en 1932, n'existe plus actuellement.

Ainsi, après avoir éliminé la paralysie générale et la démence précoce, nous pensons pouvoir dire que cette démence est consécutive à la vaccination jennérienne, subie par la malade.

Il serait tentant de dire que cette démence est consécutive à une encéphalite vaccinale. L'encéphalite nous paraît certaine, puisqu'il y a eu une hyperalbuminose rachidienne, mais sans hyperglychorachie. Il y a aussi de petits signes neurologiques : hypertonie, tremblement, qui peuvent être considérés comme post-encéphalitiques. Toutefois, nous faisons remarquer que, d'après les descriptions classiques, l'encéphalite vaccinale se caractérise d'abord par un épisode aigu, dramatique, dont les symptômes psychiques sont d'emblée évidents. Dans notre cas, au contraire, c'est lentement, progressivement, à bas bruit, que la démence s'est installée.

Nous nous bornerons donc à rapporter ce cas comme une démence globale consécutive à une vaccination anti-variolique.

M. LAGACHE. — Je trouve que ce déficit intellectuel présente un caractère particulier auquel ne convient pas bien le mot démence précoce. Avec la conduite puérile qu'il détermine, cet état correspond à ce que certains auteurs ont appelé imbécillité acquise.

J'en ai observé un cas survenu à l'âge de 7 ans à la suite d'une fièvre typhoïde.

M. RAYNEAU. — J'ai vu un cas de démence portant uniquement sur la mémoire, survenir chez une femme de 30 ans à la suite d'une fièvre typhoïde. Elle conversait sensément, mais elle oubliait tout ce qu'elle faisait, tout ce qui se passait autour d'elle. Ses parents avaient demandé qu'on lui fit de l'électrothérapie. On lui appliquait donc de l'électricité statique. Eh bien, malgré la douleur et la frayeur que lui faisaient les étincelles, elle oubliait la séance subie dès qu'elle descendait du fauteuil. Cependant, la vue de son mari la mettait toujours en fureur. Elle n'avait aucun autre trouble psychique ni physique.

M. COURBON. — Le syndrome de la malade de M. Rayneau est différent de celui de la malade de M. Heuyer. Il s'agissait d'une démence amnésique, c'est-à-dire d'une abolition de la mémoire de fixation, c'est-à-dire du syndrome de Korsakoff, qui est généralement lié à un processus polynévritique. Et la polynévrite typhique n'est pas rare.

Quant à la démence de la malade de M. Heuyer, aucun des qualificatifs nosographiques connus ne lui convient et je le félicite de n'avoir pas imité nombre d'auteurs qui semblent refuser au mot démence toute signification propre, puisqu'ils ne l'emploient qu'avec une épithète : paralytique, précoce, encéphalitique, sénile, etc. Or, il existe des signes de déficit communs à toutes les démences : l'atteinte *globale* du jugement, l'atteinte de la mémoire et l'atteinte de l'affectivité. Ce qui distingue les diverses démences, c'est la prédominance de l'un ou l'autre de ces signes de déficit et aussi l'addition d'autres troubles mentaux. Quand cette prédominance ou cette addition n'existent pas, le seul mot qui convienne et sur lequel tout le monde sera d'accord, est celui de « démence » tout court.

M. HEUYER. — On ne peut pas dire qu'il s'agisse d'une imbécillité acquise, car les états ainsi désignés concernent des enfants et non des adultes. De plus, chez notre malade, l'atteinte de l'affectivité est loin d'être aussi absolue que dans l'imbécillité infantile, où l'indifférence est complète, comme nous en rapportons des exemples, dans un travail avec Dublineau sur les démences infantiles.

Un cas de *delirium tremens* provoqué chez un alcoolique chronique par une injection de Novarsenobenzol, par MM. TINEL et PICHARD.

On signale de temps en temps quelques cas d'accès confusionnels, parfois même d'accès mélancoliques ou maniaques, déclenchés par une injection intraveineuse d'Arsenobenzol. Nous en avons nous-même observé quelques cas. Mais l'interprétation de ces faits reste encore assez obscure.

Pour certains auteurs, il s'agit d'une action directe, toxique, de l'Arsenobenzol sur les centres nerveux, portant électivement peut-être sur certains de ces centres en raison d'une fragilité spéciale. C'est ce que MM. Tzanck, Mallet et Mlle Abadi, appelaient récemment à la Société Médicale des Hôpitaux (22 mars 1935) « une réaction individuelle d'intolérance à type cérébral ».

Pour nous, au contraire, il nous a toujours semblé qu'il s'agissait plutôt d'un véritable choc arsenobenzolique, provoquant la mise en liberté d'une autre intoxication latente et sa fixation secondaire sur les centres nerveux.

Ces phénomènes de provocation d'accès confusionnels, maniaques ou anxieux, ne nous ont paru en effet survenir que chez des sujets ayant déjà présenté des accès semblables ou encore destinés à en présenter de nouveaux dans la suite.

Nous avons en particulier observé un certain nombre de ces faits dans les circonstances suivantes : nous utilisons en effet assez souvent les cures d'arsenobenzol, pratiquées dans les périodes intercalaires, comme moyen de prévention contre le retour périodique de ces accès. C'est une méthode purement empirique, infidèle d'ailleurs, comme toutes les méthodes semblables, et qui donne parfois de réels succès. Mais lorsqu'elle a échoué, lorsque l'accès redouté est imminent, on peut être presque sûr de le voir éclater brusquement, d'une façon explosive si l'on essaye alors de pratiquer une semblable injection intraveineuse de Novar.

C'est à l'appui de cette hypothèse d'une libération toxique latente par un choc arsenobenzolique, que nous apportons ici l'observation d'une explosion de *delirium tremens* caractéristique, provoquée par une 3<sup>e</sup> injection de novar, chez un alcoolique chronique.

OBSERVATION. — M. F. a contracté au régiment des habitudes d'éthylisme, d'ailleurs modéré. Ces habitudes ont été d'ailleurs,

comme il est fréquent, entretenues par la répétition de petits accès dépressifs anxieux, périodiques qui, chaque fois, renouvellent ses excès alcooliques, alors même qu'il a pu réussir à s'en délivrer momentanément.

Un second facteur de chronicité est ce fait qu'exerçant la profession de coiffeur, il est affligé le matin d'un léger tremblement des mains qu'il ne peut faire cesser qu'en absorbant une certaine dose d'alcool.

Or, le lundi 12 mars 1935, cet homme, spécifique depuis 4 ans et ayant déjà subi de multiples séries de piqûres, reçoit à 10 h. 15 du matin la 3<sup>e</sup> injection d'une série de Novar, à la dose de 45 cgr.

Il rendre chez lui aussitôt, se sent fatigué, malaise, ne peut manger, et reprend avec peine son travail. A 15 h. il est pris d'un tremblement généralisé, intense ; ses mains ne peuvent plus rien tenir... Il rentre chez lui et se couche, toujours malaise et tremblant. A 19 h., on constate que sa température est de 39°6.

Nuit mauvaise ; insomnie complète ; agitation nerveuse incessante, mais sans délire ; tremblement intense et généralisé avec sueurs profuses. Vers le matin, il est un peu calmé par une dose massive de Gardénal.

Le lendemain, mardi, détente sensible ; l'agitation s'atténue beaucoup, mais le tremblement persiste, très accusé ; température 38°2 le matin, 37°6 le soir.

Nuit assez calme ; peut dormir un peu. Le mercredi, même état satisfaisant, sauf la persistance du tremblement continu.

Mais, vers la nuit, il est repris d'agitation nerveuse violente qui se transforme rapidement en délire onirique ; hallucinations visuelles ; voit dans sa chambre des gens et des animaux menaçants qu'il cherche à fuir. Il est couvert de sueurs profuses, et présente un tremblement intense de tous ses membres avec trémulations musculaires généralisées ; température 38°5.

Vers le matin, il s'endort enfin sous l'action de fortes doses de gardénal et de somnifène.

Le jeudi, il se réveille brisé de fatigue, mais lucide et calme. L'agitation a disparu, mais le tremblement persiste encore, atténué ; la température monte encore à 38° vers le soir avec légère agitation ; nuit presque bonne, avec hypnotiques.

A partir de ce moment l'amélioration se fait rapidement ; la température vespérale redevient peu à peu normale ; l'agitation nerveuse du soir diminue de jour en jour. Le tremblement s'atténue, et tout est terminé au bout de 4 ou 5 jours.

Voici donc, indiscutablement, une crise légère, mais caractéristique, de *delirium tremens*, *sudans* et *insomne*, provoquée sans aucun nouvel excès de boisson, par une injection de Novarsenobenzol.

Le choc intraveineux a manifestement agi dans ce cas comme l'aurait fait un traumatisme violent, une émotion forte, ou l'invasion d'une pneumonie, causes génératrices fréquentes de l'accès de *delirium tremens*.

On ne peut donc penser que cette crise délirante ait été l'expression d'une simple intoxication arsenicale accidentelle. Il faut admettre au contraire que le petit choc nitritoïde a provoqué dans ce cas la révélation violente d'une autre intoxication, l'intoxication éthylique jusqu'alors à peu près tolérée.

Nous ne savons pas quel est le mécanisme de cette explosion ; s'agit-il d'une mise en liberté brutale de produits toxiques accumulés d'une façon latente ; est-ce au contraire une brusque défaillance des fonctions de protection et de défense ? Il est impossible de se prononcer.

Mais ce qui nous paraît certain, c'est que le choc arsenical n'a fait dans ce cas que révéler brutalement la présence d'une autre intoxication, jusqu'alors latente, et qu'il en est très probablement de même pour les accès confusionnels, anxieux ou maniaques apparus dans des circonstances semblables.

M. HEUYER. — Nous devons nous défier de notre propre imagination quand nous hasardons des hypothèses pathogéniques. N'importe quel toxique et le simple traumatisme peuvent déterminer directement une confusion mentale pathogène chez les sujets dont le foie est un peu déficient. L'arsenic, administré thérapeutiquement, peut la produire chez les enfants. Le cas de ce malade est conforme à cette règle. Il tremblait avant cette injection de novarsénobenzol. Il paraît avoir eu non pas du *delirium tremens*, mais simplement une bouffée de confusion. Point n'est besoin d'invoquer le choc.

M. Paul ABÉLY. — Je crois que les cas de Tzanck, considérés par lui comme des manifestations d'intolérance cérébrale à l'arsenic, ne se produisent que lors des premières injections d'une première série. Ce n'est pas le cas de ce malade qui a la syphilis depuis plusieurs années, et qui avait déjà reçu plusieurs séries d'injections. Il est alcoolique. Il réunit donc plusieurs facteurs étiologiques de confusion.

M. VURPAS. — Je désirerais savoir les doses employées par M. Tinel pour juguler les récidives des malades intermittents et provoquer chez eux l'immunité. J'ai vu cette immunité apparaître une fois chez un cyclothymique à la suite d'injections de novarsénobenzol.

M. HEUYER. — Je reste sceptique sur l'efficacité de bien des médicaments qui, en ces dernières années, nous furent donnés comme propres à combattre les psychoses intermittentes : belladone, gardénal, chlorure de calcium, abcès de fixation. Je les ai essayés et n'ai obtenu que des échecs.

M. René CHARPENTIER. — La pratique de l'abcès de fixation *aseptique* en psychiatrie est assurément bien décevante. Et il est intéressant d'opposer l'échec habituel de cette thérapeutique aux améliorations et même aux guérisons qui coïncident parfois avec l'évolution d'abcès accidentels *septiques*. Comme diverses maladies infectieuses, ces abcès semblent parfois influencer heureusement l'évolution des psychoses. Récemment encore, j'ai eu l'occasion d'en observer chez un jeune homme un curieux exemple.

M. COURBON. — En ce qui concerne le chlorure de calcium, je l'ai employé souvent contre l'anxiété. Je n'ai pas constaté le moindre succès.

M. TINEL. — Je crois que le choc favorise la libération des toxines. Dans mon cas, je dis qu'il y avait les signes du *delirium tremens* : frissons, sueurs, salivation, tremblement, fièvre, comme on les constate chez les alcooliques. Les crises nitroïdes surviennent à toutes les périodes du traitement par le novarsénobenzol, et non pas seulement au cours de la première série. Contre les psychoses intermittentes, j'emploie le novarsénobenzol en tâtant les réactions du malade. Je fais 2 injections de 0,15. Puis, si elles sont bien supportées, 2 de 0,30, puis 2 de 0,45. Je ne dépasse pas 0,60 et je n'y arrive pas toujours. Je continue à constater, dans certains cas, l'efficacité des médicaments que j'ai préconisés contre les syndromes intermittents.

La séance est levée à midi.

*Les Secrétaires des Séances,*

P. COURBON et P. ABÉLY.

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société de Neurologie de Paris

---

*Séance du Jeudi 4 Avril 1935*

---

Présidence : M. André BARBÉ, président

---

### Un cas anatomo-clinique de myoclonies vélo-pharyngées et oculaires, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et HORNET.

Ces auteurs relatent un cas de myoclonies oculaires et vélo-pharyngées gauches consécutives à un ramollissement de la moitié droite de la calotte protubérantielle. Les auteurs attribuent le syndrome myoclonique à la dégénération secondaire de l'olive bulbaire, lésion que l'on retrouve dans toutes les observations ; si dans la plupart des cas elle est sous la dépendance de lésions du faisceau central de la calotte, dans quelques observations elle est en rapport avec une atteinte du noyau dentelé du côté opposé ou des fibres olivo-dentelées. La dégénération olivaire, responsable du syndrome myoclonique, est d'un type spécial ; les auteurs font une étude histologique complète de cette dégénération pseudo-hypertrophique de l'olive bulbaire.

*Discussion.* — M. LHERMITTE fait remarquer l'intérêt de la communication et la ressemblance des lésions présentées à celles qu'il a décrites avec Trelles ; il insiste sur l'hypertrophie olivaire constante dans le cas de myoclonies.

M. MOLLARET rappelle que l'olive bulbaire est à l'angle d'union du faisceau central de la calotte et des faisceaux cérébelleux. Il considère que l'étude physiologique des myoclonies est plus importante que l'étude anatomique ; ce qui présenterait de l'intérêt, ce serait de connaître les raisons physiologiques de la fixité du rythme et de l'amplitude des myoclonies.

**Quelques remarques au sujet de l'épreuve rotatoire,**  
par M. DELMAS-MARSALET.

Etudiant l'épreuve rotatoire, M. Delmas-Marsalet fait remarquer que dans l'étude de cette épreuve, il est intéressant d'examiner, après la déviation de la marche post-rotatoire, la contre-dévation : l'expérience de M. Barré exciterait le canal horizontal et le vertical, produisant des phénomènes tantôt additionnels, tantôt de soustraction.

Dans les lésions du lobe frontal les formules de M. Barré ne ressemblent aucunement à celles que M. Delmas-Marsalet a décrites. Il ne croit pas, d'ailleurs, qu'il faille invoquer une origine otolithique aux phénomènes consécutifs à cette épreuve.

*Discussion.* — M. BARRÉ considère qu'il est parti d'un point de vue clinique et non physiologique, et que les remarques de M. Delmas-Marsalet montrent qu'il n'en diffère que par une autre interprétation des mêmes phénomènes.

**Essai chirurgical du traitement du syndrome Parkinsonien,**  
par M. DELMAS-MARSALET.

M. Delmas-Marsalet constate que le traitement chimique du syndrome parkinsonien ne donne pas de résultats bien nets ; il avait déjà remarqué dans l'étude des réflexes de posture que ceux-ci variaient après lésion de l'arc réflexe simple de la voie pyramidale et de la voie cérébelleuse. L'ictus hémiparétique, d'ailleurs rare chez les parkinsoniens, modifie les réflexes de posture ainsi que l'hypertonie. Antithèse entre les lésions pyramidales et la maladie de Parkinson. Les lésions du cervelet, par intoxication d'alcool, diminuent l'hypertonie. Se basant sur ces faits, l'auteur considère qu'il serait intéressant de produire des lésions au niveau du cervelet pour traiter le parkinsonisme. Après trépanation postérieure, il introduit deux fines aiguilles dans le cervelet et fait passer un courant de 10 à 20 milliampères, produisant ainsi une destruction de la grosseur d'un haricot. Sur quatre cas, un résultat nul ; dans deux cas : diminution légère de l'hypertonie ; dans un cas de destruction unilatérale : amélioration légère du même côté ; dans un dernier cas, enfin, emploi de la méthode sanglante : destruction par le crochet de Vessière ; le malade meurt après apparition de myoclonies par lésions de la calotte protubérantielle. L'examen anatomique sera rapporté par M. Van Bogaert.

*Discussion.* — M. LHERMITTE rappelle que Puttnan a essayé de traiter l'hypertonie par section des fibres extra-pyramidales avec un résultat décevant.

Foerster pratiqua la section des racines postérieures ; l'étude du cervelet montre rarement des lésions du cervelet chez le parkinsonien.

M. BAUDOUIN considère que, dans cette maladie, on a le droit d'essayer toute thérapeutique.

M. ANDRÉ-THOMAS estime que la méthode ne doit pas être abandonnée. Intérêt de produire des lésions plus étendues.

M. DAVID a observé des myoclonies après une intervention sur la fosse cérébrale postérieure.



**Compression des nerfs crâniens par un chordome, par M. TINEL.**

Malade qui, après un traumatisme, fut atteint de troubles pour lesquels le diagnostic de sclérose latérale amyotrophique pouvait être posé. En réalité, il y avait quelques réserves à faire, dues à l'asymétrie des symptômes. Atrophie des inter-osseux, éminence thénar, hypothénar, plus marquée à gauche. De même, le voile du palais et la langue étaient plus touchés de ce côté. Paralyse faciale droite. Aucune modification du liquide céphalo-rachidien. Le diagnostic ne fut fait qu'au moment d'apparition d'une tumeur au niveau du cavum. A remarquer que le malade présenta, au début, des douleurs occipitales et, au cours de l'évolution, des crises bulbaires brusques.

Pas de signe radiographique.

*Discussion.* — MM. A. THOMAS et ALAJOUANINE ont observé des cas semblables pour lesquels la radiographie donnait des images intéressantes.

**Syndrome cérébelleux localisé, par MM. ANDRÉ-THOMAS et HAGUENAU.**

Malade dont le syndrome cérébelleux est localisé au membre inférieur gauche. Aucun signe cérébelleux du membre inférieur. Les auteurs font remarquer l'intérêt de ces cas dont la preuve expérimentale a été faite. Ils correspondent à des lésions de territoires bien déterminés. Ces cas sont rares.

**Troubles irréguliers de la parole et du mouvement survenant par crises, sans perte de connaissance, par MM. BARRÉ et MERKLEN.**

Ces auteurs rapportent le cas d'un malade qui, quelques jours après un épisode grippal, présenta une perte de l'initiative du mouvement volontaire. Arrêt du membre dans une position donnée, accompagné d'une inhibition de la parole. Ces phénomènes surviennent par crises. On ne trouve aucun signe objectif pouvant expliquer le phénomène.

**Hémorragie d'un hémisphère cérébelleux du IV<sup>e</sup> ventricule. Coma.**

*Etude clinique et anatomique, par M. BARRÉ et M<sup>lle</sup> ROUSSET.*

M. Barré et M<sup>lle</sup> Rousset rapportent le cas d'un malade qui, sans prodromes, tomba dans le coma le plus complet. A l'examen : tête déviée vers la gauche. Convergence des yeux et myosis de ce côté. Hypotonie bilatérale avec consistance pâteuse des muscles. Réflexes tendineux faibles. A la ponction lombaire, on trouve du sang et une tension élevée. L'épreuve de la rotation ne produit aucune modification oculaire. L'examen anatomique montre une hémorragie au niveau de l'hémisphère cérébelleux, diffusant vers le IV<sup>e</sup> ventricule.

On peut rapporter à la lésion cérébelleuse l'hypotonie et la diminution des réflexes tendineux. L'hémorragie du IV<sup>e</sup> ventricule explique l'abolition complète des réflexes vestibulaires. Les centres respiratoires n'ont pas subi de modifications. Les auteurs discutent la possibilité d'une intervention chirurgicale dans ces cas.

*Discussion.* — M. ANDRÉ-THOMAS fait remarquer que l'hypotonie est bilatérale.

M. BARRÉ : La bilatéralité de l'hypotonie pourrait s'expliquer par la compression du côté opposé.

#### Sur les diagnostics des tumeurs épiphysaires, par M. DAVID.

M. David rapporte le cas d'une femme, âgée de 27 ans, qui présenta un syndrome d'hypertension intra-cranienne à évolution rapide. La ventriculographie ne montra pas l'aspect classique des tumeurs de la région épiphysaire. Dans la croyance du siège postérieur de la tumeur, la malade fut opérée par la voie qu'on suit dans ces cas. L'opération fut mortelle.

*Discussion.* — M. SCHAEFER a vu des cas semblables, sans signes de localisation.

P. MARESCHAL.

## Société de Médecine légale de France

*Séance du 8 Avril 1935*

Présidence : M. DERVIEUX, président

#### Le secret médical, par M. Adrien PEYTEL.

M. DUVOIR présente un ouvrage de M. Adrien Peytel, Avocat à la Cour : « Le Secret médical ». Le médecin, dans l'étude de cette question délicate, avait besoin d'un guide. Il le trouvera dans l'ouvrage si précis et si documenté que vient de lui donner M<sup>e</sup> Peytel avec sa connaissance parfaite tout à la fois du droit, de la jurisprudence et des actes de la pratique médicale.

Sylvestre Matuska, auteur d'attentats contre des chemins de fer,  
par M. Jules DONATH.

M. Louis DESCLAUX présente à la Société de Médecine Légale de France une communication du Professeur Jules Donath, de Budapest, intitulée : *Sylvestre Matuska, auteur d'attentats contre des chemins de fer.*

L'auteur y étudie les antécédents et la psychologie de Matuska. Cette étude montre que, sur un terrain dégénéré, se sont développés des symptômes d'hallucinations visuelles, d'idées morbides et de préjudice constituant un état paranoïaque combiné avec fabulation, obsession et sadisme.

**La mort subite dans les états démentiels organiques. Son importance médico-légale et sa signification biologique, par MM. L. CORMAN et A. JARRY.**

MM. L. CORMAN et A. JARRY signalent que la fréquence de la mort subite ou rapide dans les états démentiels est bien connue. Les auteurs en signalent 3 cas observés en 6 mois chez les paralytiques généraux de leur service.

L'un de ces cas est intéressant au point de vue médico-légal, car l'ictus qui a produit la mort en 30 heures est survenu après une rixe au cours de laquelle le malade a été frappé au visage. Le traumatisme n'a eu qu'une action occasionnelle, comme le montra l'autopsie.

Outre leur intérêt en pratique médico-légale, de telles observations ont aussi un intérêt clinique et biologique.

En clinique, ils méritaient d'être mieux connus. On ne sait pas assez, soulignent les auteurs, qu'un paralytique général, même de belle apparence, est particulièrement exposé à la mort subite et qu'il importe d'avertir la famille de ce risque, lequel peut se produire, comme en fait foi une observation des deux auteurs, au cours du traitement malarique.

Biologiquement, ces morts subites posent un problème important, jusqu'ici non résolu. Corman, en accord avec sa conception générale du tempérament, pense que la mort subite se produit fréquemment chez le type hypoexcitable, qui a l'apanage des lésions graves et silencieuses (Essai sur le tempérament dans la constitution physique des paralytiques généraux. Doïn 1932).

FRIBOURG-BLANC.

---

## Société Française de Psychologie

---

*Séance du Jeudi 4 Avril 1935*

---

**Présidence : M. LAHY, président**

---

**Recherches expérimentales sur la psychologie des sujets qui se blessent fréquemment au travail, par J.-M. LAHY et M<sup>me</sup> S. KORNGOLD.**

Les tests mis en œuvre se répartissent en trois groupes: dans le premier, sujets normaux et sujets fréquemment blessés donnent des résultats comparables; dans le second, les deux courbes sont équivalentes jusqu'à une certaine valeur; dans le troisième, les deux courbes sont distinctes et les sujets fréquemment blessés se montrent inférieurs: or, il s'agit de tâches

où un rythme est imposé, le temps limité; dans le cas contraire, les résultats sont comparables chez les fréquemment blessés et chez les normaux. Tout cela permet de penser que la prédisposition aux blessures ne consiste pas en une maladresse constitutionnelle, mais en une difficulté plus grande à faire face à une situation complexe et à ses brusques modifications, pour des raisons d'ordre émotionnel et affectif.

Daniel LAGACHE.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 30 Mars 1935

---

Présidence : M. ALEXANDER, président

---

### Intoxication par l'oxyde de carbone et hémorragie méningée, par MM. G. VERMEYLEN et J. HEERNU.

Présentation d'un homme de 30 ans, ingénieur, sans antécédents pathologiques notables à part des crises migraineuses, qui fut atteint d'une intoxication aiguë, mais de courte durée, par l'oxyde de carbone. Environ 1 h. 1/2 après, il est pris de vomissements et perd brusquement connaissance. Transporté à l'hôpital, il reprend progressivement conscience; on constate l'existence d'une hémiplegie droite avec syndrome aphasique, des signes discrets et fugaces d'irritation méningée.

L'examen du sang révèle la présence de CO et le liquide céphalo-rachidien est sanglant. Pendant une période de deux mois, le malade présente de l'inertie mentale avec troubles de la mémoire et accès d'agitation. Les auteurs insistent sur la période de latence observée entre l'intoxication et l'apparition de l'hémorragie méningée, sur la rareté de cette dernière dans l'intoxication par CO. Une partie des symptômes psychiques doit être attribuée à l'intoxication proprement dite, l'autre à l'accident hémorragique. Les cas d'intoxication lente par CO sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement.

Démence, confusion, délire, par M. DE GREEFF.

L'auteur présente quelques réflexions sur les notions de démence de confusion mentale et de délire, qui lui sont inspirées par certains travaux récents sur le niveau mental des paralytiques généraux avant et après malatisation. Il pense qu'un élément confusionnel se mêle à l'élément démence; il s'agit d'un trouble fonctionnel réversible qui peut fausser les résultats

des tests employés. L'auteur rappelle en outre ses travaux sur la psychogénèse des délires et discute le rôle de l'affaiblissement progressif du niveau intellectuel sur leur apparition et leurs caractères.

**A propos d'un cas de démence organique ; étude anatomo-clinique,**  
par M. ROUVROY.

Il est souvent difficile de faire un diagnostic histologique entre des lésions artérielles résultant d'une syphilis nerveuse et celles qu'il faut attribuer à l'artériosclérose. L'auteur a eu l'occasion d'étudier minutieusement à ce point de vue l'encéphale d'une malade de 59 ans, qui présentait des signes cliniques de syphilis nerveuse avec réactions sérologiques négatives. Le cas était favorable en raison de la brusquerie avec laquelle s'est produit le décès, par hernie diaphragmatique.

Il existe des différences notables entre les lésions artérielles de la base et celles des artères piales. Au niveau de ces dernières, on ne note aucune infiltration, mais une prolifération importante de l'intima. La prédominance de l'hyperplasie de l'intima est en faveur de l'origine syphilitique des lésions.

J. LEY.

---

**Société Belge de Neurologie**

---

*Séance du 30 Mars 1935*

---

**Présidence : M. L. VAN BOGAERT, président**

---

**Ablation d'une tumeur chiasmatique. Guérison, par M. P. MARTIN.**

Présentation d'une fillette de 3 ans, opérée depuis 18 jours seulement. La symptomatologie était uniquement visuelle, et la radiographie avait révélé l'existence d'une calcification suprasellaire. L'intervention permit d'enlever une tumeur kystique contenant environ 20 cc. de liquide, et fut suivie d'une récupération rapide de la vision.

Un drain placé à l'entrée de la selle turcique a permis l'écoulement de grandes quantités de liquide céphalo-rachidien pendant les premiers jours après l'intervention. L'auteur attribue à ce procédé l'absence de réaction hyperthermique grave.

On a trop souvent une tendance à traiter les cas de ce genre par la radiothérapie profonde dont les résultats sont médiocres. Ce sont, en réalité, bien souvent des cas chirurgicaux.

### **Pupillotonie avec aréflexie tendineuse, par M. J. DE BUSSCHER.**

Présentation d'un sujet atteint d'anisocorie avec pupilles ovalaires, réagissant très faiblement à la lumière, mieux mais lentement à l'accommodation.

Le réflexe rotulien est aboli à gauche, très faible à droite ; les achilléens sont absents.

Aux membres supérieurs, les réflexes tendineux existent, mais on note certaines réactions paradoxales, et une absence de réaction à la percussion du tendon du triceps.

Les réactions sérologiques sont négatives, la sensibilité est normale, le signe de Romberg absent. Il n'existe pas de troubles du système neuro-végétatif.

La pupille tonique est en mydriase, la durée des réactions est anormalement longue. Ce cas se rattache au syndrome décrit par Adie, dont l'auteur discute la pathogénie.

### **Hyperpnée et tremblement parkinsonien, par MM. R. NYSEN, R. DELLAERT et A. VAN PEETERSEN.**

Le tremblement est un symptôme inconstant des syndromes akinetohypertoniques post-encéphalitiques, mais qui peut exister à l'état latent, et être révélé par certains médicaments, notamment la cocaïne. Les auteurs apportent une étude graphique de l'influence de l'hyperpnée sur le tremblement. Ils ont enregistré d'une manière très précise des tremblements parfois imperceptibles à l'inspection directe. L'étude porte sur 6 sujets normaux et 15 encéphalitiques ; l'effet de l'hyperventilation a été contrôlé par la mesure de la réserve alcaline du sang, de la glycémie et de la calcémie.

Il résulte de ces recherches que l'épreuve d'hyperpnée fait apparaître dans les 4/5 des cas chez les parkinsoniens un tremblement beaucoup plus accusé que celui qui peut se produire chez les sujets normaux. D'autre part, en cas de tremblement préexistant, celui-ci devient plus intense.

### **Hématome sous dural chronique. Fontes cavitaires dans l'album sous-jacent, par MM. DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU.**

Relation du cas d'un sujet sans antécédents pathologiques, dont l'affection débuta par une céphalée diffuse avec diminution de la mémoire, sans vertiges ni vomissements. Après six semaines, apparurent des crises de jacksonisme sensitif dans le membre supérieur droit et parfois dans la moitié droite des lèvres.

A l'examen, on constate : anisocorie, parésie faciale droite de type central, exagération des réflexes à droite. Pas de Babinski.

Deux jours plus tard, apparaît une aphasie motrice avec euphorie marquée. Ces symptômes se montrent transitoires.

A l'examen oculaire, on note une congestion des vaisseaux rétiniens à droite.

L'encéphalographie montre que tout le système ventriculaire est rejeté à droite, et, à l'intervention, on découvre un volumineux hématome sous-dural gauche.

Après l'intervention, l'état du malade reste parfait pendant trois jours ; il révèle alors avoir subi plusieurs semaines avant le début des symptômes, deux traumatismes crâniens.

Au 4<sup>e</sup> jour, le malade présente de l'hyperthermie et meurt dans le coma 5 jours après l'intervention. L'examen anatomique montre : épaissement et infiltration lymphocytaire des lepto-méninges ; « akute Schwellung » des cellules ganglionnaires des deux hémisphères et des cellules de Purkinje du cervelet ; prolifération microglie et macroglie considérable. Il existe en outre deux grandes cavités dans le lobe frontal gauche, bordées par une zone de destruction myélinique pure, sans corps granuleux ni produits de désintégration.

Les auteurs discutent la pathogénie de ces cavités qu'ils croient devoir rapporter à la compression.

**A propos de syphilis nerveuse, par MM. B. DEJARDIN et P. MARTIN.**

Les auteurs ont examiné dans deux cas de syphilis nerveuse avec papille de stase, le liquide cérébro-spinal prélevé par la ponction lombaire et par ponction ventriculaire, avant et après l'injection intra-rachidienne d'eau distillée.

Il résulte de leurs constatations que le liquide ventriculaire échappe à l'effet irritant de l'eau distillée sur la réaction méningée du liquide lombaire.

La méthode peut fournir des renseignements précieux dans les cas où la syphilis est douteuse. Il est intéressant de noter qu'un herpès labial peut survenir à la suite de ces injections d'eau distillée.

Dans les injections d'air, celui-ci peut se répandre sous la voûte crânienne et irriter également les méninges.

**Mise en évidence du III<sup>e</sup> ventricule par le lipiodol,  
par MM. P. MARTIN et L. VAN BOGAERT.**

Certaines tumeurs hypophysaires peuvent se présenter sous l'aspect d'un syndrome cérébelleux. Pour aider au diagnostic différentiel dans ces cas, les auteurs injectent du lipiodol dans la corne postérieure du ventricule ; en relevant progressivement la tête du sujet, ils sont parvenus à faire passer le lipiodol par les trous de Monro, vers le III<sup>e</sup> ventricule, et à obtenir ainsi une image radiographique de cette cavité.

J. LEY.

---

# ANALYSES

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### PSYCHIATRIE

**La Psychiatrie d'aujourd'hui**, par Georges RAVIART. *L'Echo Médical du Nord*, 29 avril 1934.

L'attaque de l'encéphale par le spirochète ou ses toxines entraîne des conséquences telles qu'il suffit parfois d'en étudier un cas pour passer en revue toute la symptomatologie psychiatrique. Le malade atteint de méningo-encéphalite diffuse a pu, en effet, contaminer sa femme et voir chez ses descendants évoluer les formes mentales les plus variées. Le polymorphisme des aspects inspire à M. le professeur Raviart d'utiles réflexions sur la Psychiatrie actuelle. Voici une maladie et combien de syndromes possibles ? D'où une classification tenant compte des manifestations psychopathologiques, d'après l'étendue des perturbations partielles ou générales portant sur les facultés psychiques. La pathologie mentale apparaît ainsi débarrassée de tout occultisme. Chaque forme se déclare, évolue et se termine « selon les lois de la pathologie générale », dit M. Raviart. Les mêmes préceptes se vérifient pour la prophylaxie et la thérapeutique. Il n'est pas d'états démentiels hébéphréniques ou paralytiques qu'on n'ait pu chercher à éviter, qui n'ait passé par une phase initiale aiguë et qui puisse décourager l'initiative du clinicien curieux et du thérapeute averti.

P. CARRETTE.

**Le test psychologique de Rorschach**, par Marcel MONNIER (*Encéphale*, Mars 1934, page 189).

« Le but de cette communication est de signaler à l'attention des médecins et psychologues français une méthode de diagnostic psychique fréquemment usitée en Suisse, en Allemagne, en Amérique et en Angleterre depuis « près de dix ans. » Il s'agit de la méthode bien connue en France du Dr Hermann Rorschach, qui est basée sur la perception et l'interprétation de taches d'encre.

Rorschach a consigné le résultat de ses expériences dans un livre qui a paru en 1921 et qui a pour titre « Psychodiagnostic ». De cette méthode, M. Marcel Monnier résume les principes et fait connaître les applications pratiques.

Roger ANGLADE.



**Le réflexe psychogalvanique à l'état normal et dans les psychoses**, (The « Psychogalvanic Phenomenon » of Normals and of Psychoses), par Syôdi SATÔ. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*. T. 1, n° 2, pp. 132-147. septembre 1934.

Les stimulations psychiques font partie des causes qui modifient la résistance électrique du corps humain. La mesure par le galvanomètre indique que les malades atteints de troubles de l'orientation et de l'attention ont des réactions plus faibles que les sujets normaux. L'effort au calcul se traduit par des écarts qui changent suivant l'état d'adaptation momentané du sujet. Les recherches ont été effectuées avec des patients atteints de paralysie générale, d'états schizophréniques, maniaco-dépressifs et quelques autres formes mentales. Elles montrent que seules importent les dispositions émotionnelles et que le réflexe psychogalvanique ne fournit aucune indication spécifique sur le diagnostic de la psychose.

P. CARRETTE.

**Le repérage ventriculaire en psychiatrie**, par MM. VERMEYLEN et HEERNU. (*Journal Belge de Neurologie et Psychiatrie*, avril 1934).

Utilité que présente ce mode de recherche dans l'exploration du système nerveux des malades mentaux. Totalement inoffensif, il est indiqué, chaque fois que le cas paraît atypique et être autre chose qu'une psychose « pure ». Cinq cas à l'appui avec radios. D'une façon générale, les lésions qu'on met en évidence ne diffèrent en rien de celles décrites en neurologie.

SENGÈS.

**Manifestations cycliques dans les courbes de sommeil au cours des psychoses** (Cyclic Manifestations in the Sleep Curves of Psychotic Patients), par Curt-P. RICHTER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 1, pp. 149-151, janvier 1934.

Les troubles cycliques du sommeil se retrouvent chez des malades présentant des troubles mentaux très divers. L'auteur cite trois nouveaux cas d'insomnies périodiques analogues à celles qui ont été signalées dans l'encéphalite épidémique avec des modifications cycliques du pouls et de la température et suggère l'existence chez tous ces patients d'altérations pituitaires.

P. CARRETTE.

**Considérations sur la tuberculose dans les hôpitaux psychiatriques** (A Tuberculosis Survey in Mental Hospitals), par Bernard T. Mc GHE et George C. BRINK. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 5, pp. 975-985, mars 1934.

La tuberculose pulmonaire joue peut-être un rôle étiologique dans la détermination de certains syndromes mentaux, ce qui paraît beaucoup plus évident, c'est son développement démesuré dans les établissements psychiatriques. Patients et membres du personnel médical paient un lourd tribut à la maladie. Les risques collectifs sont augmentés par les difficultés d'instaurer dans certaines agglomérations d'aliénés les mesures d'hygiène nécessaire. Les auteurs recommandent la cuti-réaction à la tuberculine et l'examen radiographique des poumons à la base de toute tentative de dépistage.

P. CARRETTE.

**Contribution à la pathologie de l'orientation dans le temps au cours des processus pathologiques organiques**, par M. L. G. TCHLENOW et M<sup>me</sup> I. B. EIDINOWA. (*Sovietskaia, Nevropatologua Psichiatria et Psychogiguena*, T. II, fasc. 8 et 9, 1934).

Les auteurs relatent trois observations de malades atteints d'hémiplégie qui présentent en même temps des troubles notables de désorientation dans le temps. Dans l'interprétation de ces observations, ils soulignent que dans certaines formes d'hémiplégies, on peut observer des troubles de désorientation dans le temps, soit coïncidant avec une bonne conservation de l'intelligence générale, soit accompagnés d'un déficit intellectuel notable. Anatomiquement, les lésions destructives sont localisées dans la zone temporo-pariétale droite avec participation du thalamus. En s'appuyant sur leurs observations personnelles, les auteurs combattent l'opinion d'Erenwald, qui soutient la bilatéralité des lésions dans la constitution de ces désordres. Le foyer unique localisé dans l'hémisphère droit peut être seul responsable de la désorientation dans le temps. Cependant, on peut observer les mêmes désordres, avec des localisation dans l'hémisphère gauche, ils apparaissent alors comme aboutissant d'un mécanisme combiné, d'aphasie, d'amnésie et d'acalculie.

FRIBOURG-BLANC.

**L'écho de la lecture et l'écho de la pensée (Contribution à l'étude des hallucinations auditives verbales)**, par Ferdinand MOREL, de Genève (*Encéphale*, janvier 1934, page 18).

Dans ce très intéressant article, qui fait suite à un travail sur l'Echo de la Lecture paru dans l'*Encéphale* du 3 mars 1933, l'auteur démontre que les « Echos, à eux seuls, constituent l'ensemble des hallucinations auditives verbales ». La pensée en mots mentale est à la base de toute hallucination auditive verbale. En dehors de cette pensée, il n'y a pas d'écho, donc pas d'hallucination auditive verbale.

Une pensée en mots, mentale, définie, implique toute une série de mouvements définis dans les « appareils du langage, une attitude, une façon de poser la voix, tout un enchaînement d'actes à l'état naissant qui sont eux-mêmes la condition de cette pensée définie. Ils sont également la condition de son écho et de son timbre particulier ».

Tels doivent être compris selon l'auteur les rapports étroits entre pensée et écho, entre motricité de la pensée et caractères dits sonores de l'écho.

Roger ANGLADE.

**Le sentiment de « détachement » chez les hypocondriaques**, par A. ROVASIO (Sassari). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

L'auteur étudie la psychologie des syndromes hypocondriaques et fait remarquer qu'un des signes caractéristiques des formes chroniques est représenté par le sentiment de détachement, d'extériorisation de la zone où se localise sa préoccupation hypocondriaque. Il met ce signe sur le compte d'une altération importante de la synthèse spacio corporelle.

Paul ABÉLY.

**La courbe de travail de Kraepelin et son utilité pour le diagnostic** (Die Kraepelin'sche Arbeitskurve und ihre diagnostische Verwertbarkeit), par A. ZOLLIKER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, 2, XXXIV, 1, 1934.

L'auteur a étudié de nouveau les courbes de travail de Kraepelin, d'après la méthode des additions. Il expose les résultats de ses expériences dans chacun des groupes cliniques suivants : 1° Traumatismes, processus inflammatoires et dégénératifs du cerveau ; 2° oligophrénies ; 3° psychopathies constitutionnelles ; 4° névroses ; 5° psychoses endogènes ; 6° syndromes associés. Il conclut que cette épreuve est une méthode précieuse de diagnostic psychologique, et qu'en particulier elle est d'un grand secours dans le diagnostic différentiel entre les névroses et les troubles organiques.

E. BAUER.

**Contribution à la clinique des psychoses hystériques, en particulier de la pseudodémence hystérique** (Beitrag zur Klinik der hysterischen Psychosen, insbesondere der hysterischen Pseudodemenz), par B. SLOPOLSKY-DUKOR. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, XXXIII, fasc. 1-2, 1934.

L'auteur communique et analyse l'observation d'une malade âgée de 21 ans, psychopathe constitutionnelle du type asthénique infantile, qui, après une déception sentimentale, fit d'abord une tentative de suicide, puis présenta des troubles psychosiques caractérisés par les phases suivantes : stupeur confusionnelle avec symptômes catatoniformes, de courte durée ; après la disparition des phénomènes confusionnels, persistance d'une amnésie hystérique typique et de signes de déficience psychique ; l'amnésie disparut au bout de trois mois, les autres troubles après un an. Ce qui fait l'intérêt, selon l'auteur, de cette observation, c'est la motivation intrapsychique de la psychose hystérique. La malade fuit dans un état d'obnubilation psychique, puis dans l'amnésie et dans un comportement infantile, pour éviter la lutte avec la réalité et des conflits qu'elle se considère comme incapable de vaincre. Il en résulte un caractère de sincérité, de véracité du tableau clinique, qui manque aux psychoses hystériques à motivation extrapsychique (psychoses des détenus, des revendicateurs de rentes) ; par exemple, les phénomènes d'amnésie verbale observés chez la malade ressemblent absolument à l'aphasie amnésique d'origine organique. La régression du comportement psychique au stade infantile, qui est apparue dans ce cas avec une grande netteté, pourrait avoir une importance plus générale en psychopathologie des syndromes hystériques.

E. BAUER.

**Les troubles mentaux des militaires indigènes musulmans de l'Afrique du Nord**, par M. COSTEDOAT. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*. T. CI., n° 2, pp. 231-252, août 1934.

La langue, les coutumes, la culture des indigènes nord-africains sont si différents des nôtres que les aspects cliniques de leurs troubles mentaux présentent des particularités nombreuses. L'Arabe est plus porté à la manie, le Kabyle à la mélancolie. Leurs tendances aux actes délictueux et pervers sont fréquentes. On a dit, à propos de la paralysie générale, que sa rareté relative était en rapport avec le peu d'intensité des états anxieux

chez les Arabes. Ce n'est pas l'opinion de M. Costedoat, qui signale des phénomènes d'angoisse au cours de délires de possession diabolique.

Si curieux que soient ces détails symptomatiques, ils ne changent rien à l'essentiel des psychoses. Les différences entre celles des Indigènes musulmans et celles des Européens occidentaux sont tout extérieures. Il n'y a pas de maladies mentales nouvelles à observer. Les états d'excitation, l'épilepsie sont particulièrement fréquents. Le problème qui mériterait peut-être une étude spéciale est celui du diagnostic de l'hystérie, toujours délicat chez nombre d'indigènes nord-africains, simulateurs, débiles mentaux, imaginatifs.

P. GARRETTE.

**Altérations de la personnalité après la chorée de Sydenham** (Persönlichkeitsveränderungen nach Chorea minor), par Stephan KRAUSS. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 1, 1934.

Cet important travail est basé sur 24 observations de sujets examinés 2 à 23 ans après une atteinte de chorée de Sydenham. L'examen caractérologique a été complété par le test de Rorschach, et par le test de Gruhle (Charakterologischer Bogen) modifié par l'auteur. L'hérédité des choréiques est également discutée. Enfin, à titre de comparaison, une observation de psychose choréique aiguë est rapportée et étudiée dans ses relations avec la schizophrénie d'une part, les psychoses confusionnelles d'autre part et notamment avec les psychoses de motilité décrites par Wernicke.

Voici les conclusions de cette étude, traduites textuellement :

Dans 23 cas sur 24, l'existence de facteurs héréditaires a été démontrée. Le nombre des schizophrènes dans l'ascendance des choréiques s'est avéré beaucoup plus grand que d'après les enquêtes antérieures. Une hérédité schizophrénique existe également chez le sujet atteint de psychose choréique. La chorée de Sydenham paraît donc être une maladie déterminée par une prédisposition héréditaire de certains territoires cérébraux, et déclenchée par un agent infectieux.

L'étude a démontré l'existence d'un syndrome postchoréique caractéristique, composé d'hyperkinésies, de symptômes neurasthéniques et psychasthéniques, de particularités caractérologiques. Ce syndrome a été constaté, à l'état partiel ou total, dans tous les cas examinés. Par contre, un sujet ayant été atteint de chorée hystérique, ne présente aucun de ces symptômes.

Des signes hyperkinétiques : tics, tremblement, contractions brusques, manifestations motrices d'inquiétude, ont été trouvés dans 17 cas sur 24.

Des symptômes neurasthéniques (céphalées, vertiges, vomissements) existent dans 12 cas. 16 malades présentent des troubles psychasthéniques (perte de mémoire, anxiété, manque de persévérance, ralentissement des processus psychiques). Les postchoréiques ont une vitalité et une vivacité psychique diminuées, ce sont des êtres silencieux, peu énergiques. Ils montrent une faiblesse fonctionnelle psychique (« psychische Funktionsschwäche »).

Les particularités caractérologiques constatées sont avant tout l'irritabilité et l'hyperémotivité ; ces sujets sont en outre renfermés, méfiants, ils ont tendance à se sentir brimés, ils prennent gravement les choses.

Ils ont peu de souplesse affective et s'adaptent difficilement au monde ambiant. En somme, la personnalité postchoréique ressemble le plus à la personnalité schizoïde.

F. BAUER.

**Quelques réflexions à propos d'un cas de phagomanie**, par SCHACHTER. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1934).

Par boulimie ou phagomanie, il faut entendre un trouble obsédant caractérisé par un besoin impérieux de nourriture. L'auteur rappelle l'observation type de Janet, publiée dans son livre « Les obsessions et la psychasthénie ». C'est avant tout un trouble psychique, bien que des causes organiques ou fonctionnelles puissent être envisagées, en particulier les relations possibles avec les formations grises neuro-végétatives du 3<sup>e</sup> ventricule sont à retenir.

L'auteur publie une observation d'un cas de ce genre sans se prononcer sur le mécanisme.

SENGÈS.

**Hallucinations lilliputiennes et brobdingnagiennes survenant simultanément chez un malade sénile** (Lilliputian and Brobdingnagian Hallucinations Occurring Simultaneously in a Senile Patient), par C. J. THOMAS et G. W. T. H. FLEMING. *The Journal of Mental Science*, n° 328, pp. 94-102, janvier 1934.

L'observation présentée par MM. Thomas et Fleming est remarquable par le fait que les hallucinations minuscules et géantes étaient présentes dans le même temps avec clarté. Le symbole utilisé pour désigner de tels troubles sensoriels est devenu classique depuis la description initiale de M. Raoul Leroy, qui emprunte son qualificatif à la découverte de Gulliver. Lilliput est la patrie des personnages en miniature et c'est à Brobdingnag que vivent les géants. Comment invoquer une pathogénie unique pour de telles représentations ?... La clinique montre la variété de leurs causes. On les trouve dans les intoxications par les mydriatiques, les lésions de l'appareil vestibulaire, du lobe occipital. Des facteurs psychologiques interviennent évidemment aussi : l'état affectif actuel du sujet, des tendances émotives régressives, des complexes d'infériorité ou d'ambition disent les psychanalystes, enfin des souvenirs fantasmagoriques, datant de l'enfance, souvent évoqués, transmis, et généralement très vivaces.

P. CARRETTE.

**Les troubles mentaux de l'âge sénile** (Seelische Störungen im Greisenalter), par I. LANGE. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1934, fasc. 51.

D'après les statistiques, la proportion des déments séniles parmi les sujets âgés de plus de 60 ans, est de 1 à 2 p. cent. Ce chiffre est au-dessous de la réalité. L'auteur a fait examiner 100 vieillards de plus de 70 ans, hospitalisés dans des services de Médecine et de Chirurgie ; 14 durent être internés, 27 présentaient des signes d'affaiblissement sénile manifeste, 26 des signes de déficience plus légère, 33 seulement étaient indemnes de troubles psychiques.

Après une analyse succincte des symptômes : fondamentaux, parmi lesquels le complexe amnésique, et accessoires, l'auteur étudie les formes cliniques qui ont été l'objet de travaux récents ; maladie d'Alzheimer, presbyophrénie, le « développement sénile du caractère » (senile Charakter entwicklung) selon Scheid, les délires séniles de persécution, la maladie de Pick. Il insiste plus particulièrement sur l'importance des facteurs

constitutionnels et héréditaires, indéniables, sauf dans la maladie d'Alzheimer où ils ne semblent jouer aucun rôle. Des troubles psychopathiques constitutionnels, d'aspect variable, sont fréquents dans les antécédents des déments séniles, ils impriment à la psychose sénile certains caractères cliniques. La schizoïdie s'observe, en particulier, dans les antécédents des délires séniles de persécution ; la presbyophrénie se rencontre presque exclusivement chez des pykniques, syntones au tempérament hypomaniaque sthénique.

La proportion des déments séniles dans les familles des déments séniles est bien plus grande que celle des déments séniles dans la population totale. Le caractère héréditaire de la maladie de Pick a été prouvé par de nombreuses observations ; l'exemple le plus démonstratif est celui rapporté par Grünthal : 5 cas dans 4 générations de la même famille. On a signalé également les relations hérédologiques de la maladie de Pick avec la chorée familiale d'Huntington. Mais l'auteur refuse de ranger la maladie de Pick parmi les maladies hérédodégénératives proprement dites.

E. BAUER.

**Sur trois cas de démence sénile**, par A. BONHOUR (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Tome XXI, n° 121, février 1934).

Après un aperçu historique très complet, l'auteur montre combien il est difficile, tant au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, de différencier les formes entre lesquelles on a cherché à démembler la démence sénile. L'observation clinique, l'autopsie et l'examen histopathologique des trois cas étudiés montrent que, bien que la démence sénile ait revêtu une forme involutive avec périodes de confusion et évolution insidieuse, cependant l'anatomie pathologique a montré dans chaque cas des lésions différentes : foyers de ramollissement dans un cas, sclérose artérielle sans foyers dans le second, absence de ces deux causes dans le troisième. D'autre part, les plaques séniles et l'altération d'Alzheimer, nettes dans un cas, faisaient défaut dans les deux autres. Par contre, dans les trois observations, on note l'existence des lésions fondamentales de la démence sénile : atrophie cellulaire diffuse, raréfaction chromatique et hyperpigmentation des cellules géantes.

LAUZIER.

**Le débile mental**, par DE GREEFF (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1934).

Etude critique de la notion de *test*, de son application à la mesure de l'intelligence, les limites de son emploi, ses lacunes et l'interprétation qu'il faut tirer de ses résultats soit chez l'enfant, soit chez l'adulte. L'auteur étudie ensuite le *minimum intellectuel* indispensable pour vivre dans la société ; il est ainsi amené à détacher de la débilité mentale vraie des individus d'un faible niveau mental, mais capables de vivre d'une vie sociale élémentaire, mais suffisante. Il n'y a pas intérêt à étendre de ce côté la notion de débilité mentale et à assimiler une partie de ces sujets à des individus irresponsables. L'auteur expose sa méthode pour apprécier le minimum très bas compatible avec la vie sociale : l'étude de l'abstraction au premier degré, l'étude de l'attention, peuvent servir à apprécier ce minimum beaucoup mieux que l'emploi mécanique des *tests*, dont

L'emploi abusif a abouti à une extension de la notion de débilité. Il importe de conserver, au terme débile mental, sa signification psychiatrique de forte arriération intellectuelle et affective. Les inférieurs intellectuels, pour le plus grand nombre, font partie des couches normales de la société et on ne peut les confondre avec les débilés mentaux; sous prétexte que l'emploi des tests ne les différencie pas sensiblement de ces derniers. Pratiquement, il ne faut pas enlever à ces sujets la notion de responsabilité par des diagnostics abusifs.

SENGÈS.

**La réaction d'opposition chez l'enfant**, par MM. G. HEUYER et J. DUBLINEAU. *Revue médico-sociale de l'Enfance*, 2<sup>e</sup> année, n° 2, pp. 92-102 et n° 3, pp. 186-197, mars-avril et mai-juin 1934.

L'imitation joue, chez l'enfant, un rôle important dans le mécanisme de son développement moral. Ce rôle a été maintes fois étudié, mais la réaction d'opposition, qui est au moins aussi intéressante, paraît beaucoup moins connue. MM. Heuyer et Dublineau en précisent les manifestations par l'analyse de faits d'observation caractéristiques. On peut voir que l'attitude de l'enfant dépend de la qualité de l'exemple et surtout de l'état affectif du sujet. Les facteurs constitutionnels interviennent donc au premier plan. Il est indispensable de les bien connaître pour apprécier les actes de délinquance, instituer la répression et pratiquer une prophylaxie efficace des psychoses et de la criminalité chez l'enfant et chez l'adulte.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude des manifestations psychiques et psychomotrices tardives de l'encéphalite épidémique de la première enfance**, par V. PETRI (Sondrio). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

L'auteur publie l'observation d'une malade âgée de treize ans, qui, dès sa première enfance, a souffert d'encéphalite épidémique, avec des manifestations psychiques et psychomotrices tardives. Le syndrome psychique précède de plusieurs années le syndrome psychomoteur si bien que celui-ci fut, pendant un certain temps, qualifié d'hystérique. Les manifestations psychomotrices survinrent 9 ans après la maladie, sous la forme rare et isolée d'une impulsion à mordre. L'intelligence (contrairement aux statistiques de ces cas) demeura à peu près normale, même après l'apparition (13 ans après), de tous les signes extra-pyramidaux caractéristiques.

L'auteur admet dans ce cas la possibilité d'une lésion corticale à localisation frontale.

Paul ABÉLY.

**Manifestations psychopathiques à la suite de traumatismes crâniens chez l'enfant**, par G. VERMEYLEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1934).

L'action de l'encéphalite épidémique, et des encéphalites post-infectieuses en général, sur le cerveau de l'enfant est bien connue : elle peut se traduire par des modifications du caractère, des instincts, de l'émotivité, produisant des troubles du comportement et même des « perversions instinctives », sans troubles de l'intelligence et de la mémoire. Les traumatismes peuvent

également intervenir pour créer des troubles de même ordre, par une sorte de dissociation entre les processus intellectuels et les processus instinctifs. L'auteur rapporte plusieurs observations de ce genre. Il en discute le mécanisme possible et la signification qu'il convient de leur donner. Des traumatismes, comme des infections peuvent provoquer des modifications du caractère qu'on aurait tendance à considérer comme purement psychogènes.

SENGÈS.

**Le sommeil et ses relations avec la schizophrénie** (Sleep and its Relationship to Schizophrenia), par John-H. EWEN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, n° 55. pp. 247-251, janvier 1934.

Les recherches biologiques pratiquées par M. Ewen lui prouvent que la schizophrénie est un état de stimulation parasympathique : augmentation du sommeil global, contraction pupillaire, abaissement de la pression sanguine par excitation du réflexe carotidien, réaction à l'ergotamine. On sait que le sommeil est également considéré par Hess comme une fonction parasympathique. Cet état de ralentissement vital, d'économie de l'activité, de parcimonie dans la dépense d'énergie fait apparaître la schizophrénie comme une tendance au sommeil de la vitalité psychique et physique liée à une exaltation des fonctions parasympathiques.

P. CARRETTE.

**Analyse d'un cas de schizophrénie**, par M. Norbert PRAGER (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXII, 1934).

Dans cette observation, l'auteur étudie, grâce aux mémoires écrits par le malade, la personnalité pré-psychotique du malade, ses sensations éprouvées au cours de la période d'état et la réadaptation de son psychisme à l'égard du délire pendant la période de rémission. C'est une sorte d'analyse du tableau psychique vue « de l'intérieur ». Le malade a conscience de son état pathologique passé. Il le considère comme une sorte de purgatoire d'où il est sorti régénéré psychiquement et moralement. L'auteur rapproche ce cas de la conversion (die Bekehrung) de Mayer et Gross.

FRIBOURG-BLANC.

**Des formes de schizophrénie à rémission**, par J.-J. ROSENBLUM et S.-I. GENDELEVITCH (*Sowietskaia nevropatologuia i. psichogigiena*, T. III, fasc. 1, 1934).

A propos de quatre cas de schizophrénie avec rémissions, les auteurs concluent que les rémissions, dans la schizophrénie, dépendent surtout de l'intensité des processus psychiques indépendamment du type constitutionnel. Pour le pronostic, l'existence des signes exogènes plaide en faveur de la bénignité du processus et une efficace résistance organique. Ces facteurs décident de l'évolution favorable de la schizophrénie, c'est-à-dire des rémissions. Par contre, la disparition rapide d'éléments exogènes ou leur manifestation discrète au cours de la phase initiale des troubles psychiques annoncent un pronostic fâcheux.

Les auteurs estiment que la conception de Kræpelin et de son école est trop absolue et trop étroite. La caractérologie établie sur les types définis ne peut pas résoudre toutes les questions relatives au problème de la



personnalité des malades. Il faut approfondir le rapport de tous les facteurs qui créent la personnalité psychique, ses changements et son évolution au cours de toute l'existence du malade. Le rôle dominant doit être attribué aux rapports de l'individu malade avec son milieu social et aux conditions qui favorisent ou entravent les possibilités de rémission.

FRIBOURG-BLANC.

**Examen des preuves cliniques et pathologiques favorables au concept de la démence précoce comme entité-maladie spécifique** (An Examination of the Clinico-Pathological Evidence Offered for the Concept of Dementia Præcox as a Specific Disease Entity), par Jacob H. CONN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 5, pp. 1039-1082, mars 1934.

L'étude de la démence précoce peut se résumer dans une série de conceptions pathologiques qui, partant de l'idiotisme de Pinel, aboutissent à la première formule vraiment moderne, celle de Morel. M. Conn nous montre les évolutions qui, de Kræpelin, de Spielmeyer à Bleuler, nous conduisent aux entités actuelles. Jamais le terme de démence précoce n'a été plus compréhensif et, par conséquent, moins net. Les éléments anatomiques du problème restent confus et l'objet de controverses. Les mêmes lésions histologiques fournissent des syndromes cliniques différents. Elles réalisent non seulement le type hétérocatatonique, mais d'autres variétés de psychoses toxiques ou d'états mentaux secondaires à des syndromes neurologiques. Aujourd'hui, personne ne s'entend sur la base clinique indiscutable de la réaction appelée démence précoce. Ces notions hétérogènes ne constituent donc pas une entité pathologique comparable à celle que les progrès d'un siècle de recherches ont permis d'identifier sous le nom de paralysie générale.

P. CARRETTE.

**Schizophrénie et tuberculose**, par L. TAUSSIG, A. GUTWIRT, V. HASKOVEC et J. PROKUPK. *Revue neurologique et psychiatrique tchéque*, n° 6, juin 1934.

Les auteurs estiment que, le plus souvent, la schizophrénie est d'origine endogène et hérédodégénérative, mais que le développement de la maladie est dominé par des influences extérieures sans lesquelles la disposition schizopathique resterait longtemps latente. On rencontre souvent l'alcoolisme dans l'ascendance des schizophrènes, le goitre, surtout chez les femmes, mais le rôle étiologique de ces deux états morbides ne paraît pas déterminant. En est-il de même pour la tuberculose ? Les bacillooses liées à la schizophrénie constitueraient 18 % des cas. Pour les formes douteuses, il existe peu de moyens sûrs de diagnostic : on ne trouve que rarement des bacilles dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Les auteurs admettent une influence réciproque : action réactivante de la tuberculose chez les schizopathes et d'autre part tendance de la schizophrénie à débiliter l'organisme et à faciliter l'éclosion de la tuberculose. La parenté des deux états serait plus étroite encore : les toxines tuberculeuses, par leur effet blastophorique, endommageraient le biochimisme des chromosomes et provoqueraient une infériorité, aussi bien physique que mentale, sensible dans la descendance. On retrouverait, chez le phthisique comme chez le schizopathe, un habitus souvent comparable, leptosome asthénique, des dispositions du caractère analogues. Sans réduire les deux types l'un à l'autre, on peut dire qu'une catégorie de schizoïdes évoque la phthisie.

Les auteurs notent enfin que la lutte contre la tuberculose a donné des résultats favorables sans diminuer le nombre des schizophrènes.

J. SEBEK.

**Tuberculose et Démence précoce**, par ARNOULD. *La Presse médicale*, n° 3, pp. 48-49, 10 janvier 1934.

L'auteur s'attache surtout aux arguments statistiques. La mortalité tuberculeuse des déments précoces ne lui paraît pas sensiblement plus élevée que celle de l'ensemble des autres catégories d'aliénés. On a fait état, par ailleurs, de renseignements fournis à New-York par les recherches sur la population juive. En bref, on peut dire que les Israélites contractent moins souvent la tuberculose que les autres habitants parmi lesquels ils vivent et que la proportion de déments précoces ou schizophrènes est très supérieure, parmi les aliénés juifs, à celle des autres aliénés. Résistance à la tuberculose et prédisposition à la démence précoce, voilà bien un argument opposé à l'idée d'une communauté d'origine.

P. CARRETTE.

**Démence progressive chez un sujet jeune**, par G. VERMEYLEN, H. BAONVILLE, J. HEERNU, J. LEY et J. TITECA. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1934).

Observation d'un état démentiel progressif chez un homme de 43 ans. Bien qu'on ait pensé à l'existence d'une paralysie générale, aucun symptôme neurologique et humoral ne permettait de s'arrêter à ce diagnostic. Les auteurs pensent que ce cas rentre dans le groupe des démences préséniles décrites par Alzheimer et Pick; le diagnostic vraisemblable est celui de maladie de Pick, à prédominance frontale.

SENGÈS.

**Etude d'un cas de paralysie générale juvénile**, par LÉON DE VOS et LUDO VAN BOGAERT, (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1934).

Observation d'un cas de paralysie générale juvénile caractérisé par une phase d'arriération mentale à 6 ans, des crises d'épilepsie à 12 ans, enfin une déchéance somatique et mentale progressive avec mort à 17 ans. Discussion du cas (âge de la syphilis parentale, évolution de la maladie chez l'enfant). Examen anatomo-clinique, avec atrophie cérébelleuse qui a été cependant cliniquement muette.

SENGÈS.

**Psychose maniaque-dépressive chez un enfant de 11 ans, avec troubles endocriniens héréditaires associés** (Manisch-depressive Psychose bei einem elfjährigen Kinde mit gekoppelt vererbter endokriner Stigmatisierung), par K. DUSSIG. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1934, 26.

Un garçon de 11 ans est atteint d'un accès de psychose maniaque-dépressive typique. Il présente, en outre, un syndrome adipeux et un retard du développement génital. Sa mère était atteinte d'obésité et son père, qui avait eu une puberté tardive, s'est suicidé. L'enfant présente donc une association d'hérédités maniaco-dépressive et dysendocrinienne. Il n'est pas injustifié de supposer que le substratum anatomique de troubles de ce genre se trouve au niveau des régions méso et diencéphalique.

E. BAUER.

## PSYCHOLOGIE

**Remarques sur l'Intelligence**, par G. REVAULT D'ALLONES. (*Journal de Psychologie*, 1934, nos 1-2).

Sous ce titre, l'auteur étudie essentiellement ce qu'il appelle *schématisation*, c'est-à-dire « toutes les opérations de sélection organisatrice, qu'elles soient psycho-sensorielles ou rationnelles, actives ou réceptives ou même affectives, en simultanéité ou succession ». Ces opérations sont la condition des « phénomènes d'effet » c'est-à-dire « d'aperceptions saisissantes visuelles ou autres, par agglutination à une dominante de composantes appropriées plus ou moins hétérogènes ». L'intelligence consisterait avant tout et surtout à « saisir et exploiter des phénomènes d'effet ». R. d'A. prend ainsi position contre la psychologie associationniste. Il se rapproche de la psychologie de la forme, mais pour la transcender « il est possible que la gestaltpsychologie laisse encore trop d'importance aux formes et qu'elle n'ait pas toute l'extension que nous donnons à la schématisation. »

D. LAGACHE.

**Le savoir et l'univers de la perception immédiate**, par Emile MEYERSON. (*Journal de Psychologie*, 1934, nos 3-4).

La création d'un univers de la perception immédiate ou du sens commun est commandée par trois conditions essentielles : la causalité identificatrice, l'action, la vie sociale ; cette triple origine est commune à l'univers du sens commun et à toutes les conceptions par lesquelles science et métaphysique la veulent remplacer. L'idéaliste par exemple doit avoir recours au comportement du réel, parce que, même si le réel n'est pour lui qu'une apparence et quelle que soit son essence, seul il lui apporte la diversité sans laquelle son raisonnement ne peut que stagner dans l'identique ; car si la raison d'être de la raison raisonnante est d'identifier, il lui faut du divers, c'est-à-dire du réel, de la sensation. L'univers de la perception immédiate ou du sens commun est donc toujours celui auquel on revient ou se réfère. Il y a là un ensemble de constats que le penseur ne perd pas de vue s'il veut précisément se protéger des dangers qu'une si constante et peu apparente propension de l'esprit lui prépare. Meyerson recommande « de s'astreindre à parler de chaque question particulière dans les termes les plus réalistes, les plus rapprochés de la conception du sens commun que permettent les circonstances ». Ainsi, on sera fidèle à ce qui est tout simplement la vérité.

D. LAGACHE.

**L'unité des sens**, par H. WERNER. (*Journal de Psychologie*, 1934, nos 3-4).

En opposition avec la psychologie associationniste et dans la perspective de la psychologie de la forme, l'auteur défend l'existence de qualités intersensorielles, telles que l'intensité, la clarté, et invoque les résultats d'expériences sur les synesthésies. Celles-ci en particulier ne lui paraissent pas pouvoir s'expliquer par un mécanisme conditionnel, elles ont un fondement antérieur à toute expérience « c'est par la voie détournée du sentiment organique général que les phénomènes du son, de la couleur, du tact, du goût et

de l'odeur peuvent s'influencer réciproquement, parce qu'ils se développent à partir d'une couche commune primitive, d'un sensorium commun, d'une sensibilité générale, corporelle, motrice, affective ». La psychologie contemporaine confirme ainsi en se fondant sur des faits concrets et contrôlables une conception naturelle et vivante de l'âme.

D. LAGACHE.

**Psychogénèse de la troisième dimension**, par G. POUILLARD. *Journal de Psychologie*, 1934, nos 1-2).

L'auteur se réfère à la définition de la perception de l'espace qu'a donnée P. Guillaume : « Percevoir l'espace, c'est *apprécier* les positions, formes, grandeurs, directions, en un mot les qualités géométriques des corps : c'est donc *interpréter* d'une certaine façon les données sensibles. Percevoir l'espace, c'est donc s'y mouvoir soit réellement, soit en pensée ». En fonction de cette définition, P. considère d'abord la notion sensori-motrice de l'espace, fournissant des données directement utilisées par le comportement social, puis la notion représentative de l'espace donnant des éléments plus intellectualisés à la pensée ; il en laisse de côté la notion géométrique et rationnelle.

Au cours d'une étude très fouillée, P. insiste à diverses reprises sur le caractère global de la perception spatiale, prenant ainsi position contre l'école associationiste qui a habitué les psychologues à considérer la notion d'espace comme une synthèse d'éléments principaux et d'éléments secondaires. La perception de l'espace est syncrétique, tout au plus peut-on envisager des éléments favorisant et des éléments inhibiteurs ou mieux des aspects selon lesquels on peut aborder l'étude du problème.

Prenant position contre l'empirisme et le nativisme, P. admet la préadaptation spatiale de l'enfant pour expliquer l'origine de la notion d'espace. L'enfant naît avec des potentialités structurales auxquelles s'ajoutent des caractères psycho-physiologiques, tels que la vision binoculaire, la station debout, la mobilité de la main permettant le toucher actif et le dessin, l'intelligence et le langage.

L'évolution psychique de la troisième dimension est bien rythmée et précise. L'auteur propose une série de tests de détermination du niveau de l'aptitude spatiale, qui intéresseront les pédagogues et les psycho-pédiatres.

D. LAGACHE.

**La fabrication du nombre**, par Henri DELACROIX. (*Journal de Psychologie*, 1934, nos 1-2).

Après avoir dégagé les formes que revêt successivement la notion de nombre au cours de l'évolution, l'auteur confronte les théories ordinale et cardinale puis rationaliste et empiriste de la genèse du nombre. Il établit l'insuffisance des conceptions unilatérales : quelque définition que l'on donne du nombre, on y aperçoit la « connexion indissoluble des notions d'ordination et de cardinalisation » et d'autre part, s'il est préformé dans l'intellect, il en suppose un second, et un troisième temps, « cette action de l'esprit en mouvement et sur des choses ». A ce double point de vue, l'étude des stades initiaux du nombre confirme l'analyse de ses formes les plus élaborées.

D. LAGACHE.

**Note psychologique sur un cas de paralysie**, par L. DUGAS. (*Journal de Psychologie*, 1934, nos 1-2).

Auto-observation aux trois moments de l'ictus, de la phase de déficit fonctionnel, de la phase de rééducation et adaptation. Analyse parfois étonnante, sans cesser d'être fidèle et simple.

D. LAGACHE.

## NEUROLOGIE

**Le système nerveux automatique** (The Automatic Nervous System), par Eric A. LINELL. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 5, pp. 925-936, mars 1934.

Cette revue générale contient un bref historique, puis un rappel du schéma classique du système sympathique et de ses relations segmentaires avec le système central. La constitution-type réalisée dans la région hypogastrique, pour les viscères abdominaux, se retrouve pour le cœur, les poumons, les glandes salivaires grâce aux connexions cervicales avec les noyaux craniens. M. Linell admet un centre de contrôle hypothalamique pour le sympathique et un centre tubaire antagoniste. Leur constitution et leur physiologie ne peuvent être exposés qu'avec des recours fréquents à l'hypothèse. Il est vraisemblable que l'expérimentation et la pathologie modifieront profondément dans un avenir proche nos conceptions sur ces sujets.

P. CARRETTE.

**Du rôle du système neuro-végétatif dans l'hypertension artérielle permanente**, par Jean OLMER et Jean CARBONEL. *La Presse Médicale*, n° 29, pp. 581-583, 11 avril 1934.

C'est par l'épreuve de l'adrénaline que MM. Olmer et Carbonel décèlent chez les hypertendus les preuves du déséquilibre neuro-végétatif. Chez les individus normaux, l'adrénaline modifie très peu la tension, tandis qu'elle entretient chez l'hypertendu un fléchissement profond et durable.

P. CARRETTE.

**Réflexe palato- et linguo-labial**, par MM. DIVRY et EVRARD. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1934).

La muqueuse buccale du chat décérébré peut être le point de départ de toute une série de réflexes élémentaires. Les conclusions des auteurs sont les suivantes : 1° Il existe chez le chat décérébré un réflexe palato et linguo-labial. Le réflexe buccal s'observe également, quoique moins nettement et moins constamment. 2° Des aspects de ce réflexe ont déjà été décrits chez l'homme (réflexe d'Henneberg, réflexe linguo-mentonnier de Cornil, réflexe buccal). 3° On ne peut assigner à ces réflexes une signification sémiologique précise en pathologie humaine. Cependant le réflexe palato et linguo-labial apparaît assez fréquemment dans les cas où l'examen clinique permet de supposer l'existence de lésions cérébrales diffuses.

SENGÈS.

La valeur de l'encéphalographie dans le diagnostic, le pronostic et l'évaluation des reliquats des traumatismes cranio-cérébraux, par Adrien LIPPENS et Léo DEJARDIN, *La Presse Médicale*, n° 23, pp. 455-457 21 mars 1934.

Les traumatismes cranio-cérébraux sont à l'origine de syndromes polymorphes dont l'évolution aboutit rarement à une guérison rapide. Les lésions osseuses, méningées et nerveuses, entraînent des signes irritatifs dont le traitement ne peut être entrepris qu'après un diagnostic précis de localisation. L'encéphalographie, — et dans certains cas la ventriculographie, — est la méthode d'avenir qui permettra d'apprécier exactement l'importance des séquelles chez les traumatisés du crâne. L'insufflation d'air est également une ressource thérapeutique. Après les malaises initiaux, elle procure une sédation de la céphalée, signe en général tenace et très pénible dans ses paroxysmes.

P. CARRETTE.

Sur l'artériographie des artères du cerveau (Arteriální encephalografie), par Otakar HNEVKOVSKY. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*, T. XXXI, nos 2-3, pp. 73-85, février-mars 1934.

L'objet de cette contribution est l'étude de l'artériographie de Moniz, faite sur des animaux et sur 5 hommes malades. Comme substance opaque, l'auteur a employé l'abrodil et le thorotrast. L'opacité des 2 substances est tout à fait satisfaisante. Les injections d'abrodil ont, cependant, chez les animaux, pour conséquence, des accidents graves : troubles respiratoires allant jusqu'à l'apnée, dépression sanguine, défaillance cardiaque, bradycardie jusqu'à la syncope, spasmes musculaires épileptiformes. Ces troubles surviennent immédiatement après l'injection, cessent et réapparaissent à intervalles réguliers. Une anesthésie générale profonde n'atténue pas sensiblement les accidents. Chez 3 hommes dans le coma, les signes observés n'ont pas été moins inquiétants. Après quelques heures, la température monta à 39° et des indices d'œdème cérébral furent notés. 2 des malades succombèrent. L'abrodil est donc sans contestation une substance nocive. La preuve de l'œdème cérébral fut faite par l'examen histologique. Chez certains animaux, on observa des infiltrations périvasculaires.

Le thorotrast n'apporte, lui, aucune perturbation de la respiration et de la pression sanguine. C'est son usage que recommande M. Hnevkovsky. L'artériographie montre la variabilité des distributions artérielles de l'encéphale. Elle renseigne sur l'état des zones atteintes et seule permet d'en fixer la topographie avec certitude.

P. CARRETTE.

Les manifestations cérébrales des embolies gazeuses. Clinique, anatomie pathologique, expérimentation, par J. LHERMITTE et CASSAIGNE. *Gazette des Hôpitaux*, n° 24, pp. 425-430, 24 mars 1934.

Les faits cliniques, l'anatomie pathologique et l'expérimentation concourent à prouver que l'introduction d'air dans les veines périphériques ou le réseau pulmonaire peut déterminer une embolie gazeuse. Primitivement veineuse, elle devient artérielle par ouverture du trou de Botal ou par l'intermédiaire du réseau capillaire des poumons et provoque des perturba-

tions encéphaliques profondes : paralysies, convulsions. MM. Lhermitte et Cassaigne réfutent la théorie réflexe et celle de l'imperméabilité artérielle. Ils ne nient pas que leur mécanisme puisse être parfois invoqué, mais ils montrent que, dans la plupart des cas, les désordres observés sont dus au passage de bulles gazeuses dans les vaisseaux cérébraux.

P. CARRETTE.

**Du lieu d'origine des « myoclonies hypniques physiologiques »** (Sulla sede di origine delle « Mioclonie ipniche fisiologiche »), par le Dr Giuseppe PINTUS et Andrea FALGUI (Cagliari). *Rivista di Neurologia*, Avril 1934, p. 133 à 159.

Étudiées par de Lisi, ces myoclonies se produisent chez tous les animaux domestiques. Elles ont été étudiées expérimentalement au point de vue de la localisation de leurs centres chez dix-huit chats. Ces phénomènes cloniques ont disparu au cours de diverses mutilations du système nerveux. Il semble que la continuité de la voie cortico-spinale soit nécessaire pour qu'ils se produisent et par conséquent il faut admettre un facteur cortical.

Henri Ey.

**L'épilepsie cardiaque**, par Serge VIALARD. *La Médecine*. XV<sup>e</sup> année, n° 4, pp. 221-225, mars 1934.

La forme ischémique de l'épilepsie cardiaque est bien connue. Elle est la réaction nerveuse du syndrome de Stokes-Adam. Les accès s'observent au cours du pouls lent permanent et dans les paroxysmes de la dissociation auriculo-ventriculaire. Il existe une autre forme, c'est l'épilepsie congestive des lésions valvulaires. Il y a chez le mitral une hyposystolie cérébrale, comme il y a une asystolie pulmonaire ou hépatique. Les accès convulsifs seraient dus, ainsi que le suppose M. Lian, à une congestion œdémateuse passive encéphalique. L'étiologie cardiaque est-elle suffisante à expliquer les phénomènes observés ? — M. Vialard ne le croit pas. Elle ne serait que l'occasion révélatrice d'un terrain épileptogène. Ainsi se manifesterait dans certains cas une prédilection pour les troubles associés de l'endocarde et des centres nerveux. La même loi de pathologie générale pourrait être invoquée pour l'épilepsie congestive et pour d'autres états tels que le rhumatisme dans ses relations avec la chorée de Sydenham, dans ses complications cardiaques et cérébrales.

P. CARRETTE.

**Méningite séreuse** (Méningitis serosa), par José María MACERA, Just. TISCORNIA et R. S. REY SUMAY. *La Semana Médica*, n° 2091, pp. 462-467, 8 février 1934.

Il existe des syndromes d'hypertension intracrânienne avec signes de localisations qui invitent à poser le diagnostic de tumeur cérébrale ou cérébelleuse et qui disparaissent complètement à la suite de ponctions lombaires. En réalité, il s'agit de réactions méningées toxi-infectieuses, de méningites séreuses. Dans l'impossibilité où l'on est souvent de recourir à une thérapeutique en rapport avec l'agent causal, il faut compléter la décompression mécanique par la restriction des liquides, les injections

hypotensives. La marche croissante de la réaction peut avoir une issue mortelle. La ponction est insuffisante dans les formes cloisonnées ; on recourt alors à la craniotomie décompressive.

P. CARRETTE.

**A propos d'un cas d'anosmie et d'agueusie complètes d'origine traumatique**, par MM. J. HELSMOORTEL Jr, René NYSSSEN et THIENPONT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1934).

L'anosmie totale entraîne inévitablement l'agueusie partielle, mais l'existence d'une agueusie complète et indépendante de l'anosmie est rare. L'observation présentée montre l'absence simultanée et totale de l'odorat et du goût chez un homme de 56 ans, victime d'un accident d'auto. Discussion du mécanisme possible (lésions des deux centres topographiquement dissociés). Rappel d'un travail antérieur sur la question, sur les procédés de recherches de ces troubles sensoriels.

SENGÈS.

**Hérédo-Akinésie paroxystique douloureuse**, par le A. E. KOULKOV, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Moscou (*Encéphale*, Février 1934, pages 100 à 125).

L'auteur fait une excellente description d'une affection qu'il nomme « hérédo-akinésia algera paroxysmalis », affection peu connue qui se manifeste sous forme de paroxysmes « à la suite d'une période de jeûne ». Il s'agit, semble-t-il, d'une maladie familiale transmissible à la descendance ; l'auteur l'a observée chez six membres de la même famille.

Roger ANGLADE.

**Myotonie atrophique. Myopathies. Atrophie Charcot-Marie**, par MM. J. de BUSSCHER et L. MASSION-VERNIORY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1934).

I. Observation très complète d'un malade âgé de 27 ans, présentant : 1° une amyotrophie (cou, visage, avant-bras, éminences thénars et hypothénars) ; 2° de la myotonie ; 3° des symptômes dysglandulaires. Il s'agit d'un cas de myotonie atrophique de Steinert, que les auteurs font suivre d'une étude clinique et anatomo-pathologique de la question.

II. Observation d'un cas de myopathie scapulo-humérale chez une femme âgée de 31 ans.

III. Observation d'un cas de myopathie classique avec signes d'hypothyroïdie chez une jeune fille de 19 ans.

IV. Myopathie à type distal (Spiller) chez un ouvrier de 39 ans : discussion avec le diagnostic d'atrophie Charcot-Marie-Tooth.

V. Myopathie à type Spiller ? Le diagnostic est vraisemblable, mais n'a pu être rigoureusement établi.

VI. Atrophie Charcot-Marie-Tooth ? (diagnostic de probabilité ; les auteurs discutent diverses hypothèses. Dans tous ces cas, les auteurs n'ont jamais pu mettre en évidence le caractère familial de la maladie, mais ils ont noté la fréquence des troubles endocriniens.

SENGÈS.



**Quelques troubles de la marche dans l'encéphalite épidémique chronique.** (Nekteré poruchy chuze v encephalitis epidemica chronica), par Theodor DOSUZZKOV. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*, pp. 1-4, janvier 1934.

Au cours du parkinsonisme encéphalitique, les troubles de la marche sont constants : il y a bradybasie et microbasie. On a cependant décrit des attitudes un peu particulières, telles que la tachybasie paroxystique, « l'action de fouler aux pieds », décrite par Bechterew, la macrobasie de Sebek. M. Dosuzkov indique aussi le résultat des troubles unilatéraux qui fournissent l'hémisteppage parkinsonien ; la perte des syncinésies surtout marquées à l'occasion de l'effort, dans l'extension de la tête par exemple. La marche provoquait dans un autre cas des contractions paroxystiques des oculogyres.

P. CARRETTE.

**Etude clinique, cinématographique et anatomopathologique d'un grand spasme de torsion postencéphalitique**, par Georges GUILLAIN, MOLLARET et I. BERTRAND. *Revue Neurologique*. T. I, n° 3, pp. 342-358, mars 1934.

Etude très complète d'un cas de dystonie d'attitude avec grands spasmes dont les cas sont fréquemment rapportés, mais exceptionnellement observés avec méthode. Malgré la découverte de lésions importantes du striatum et du système extra-pyramidal, les auteurs ne croient pas pouvoir tirer des conclusions définitives sur l'anatomophysiologie du syndrome.

P. CARRETTE.

**Rémission spontanée d'un spasme de torsion**, par M. A. LEY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1934).

Observation d'un cas de spasme de torsion, survenu brusquement chez un homme de 46 ans, sans hérédité ni antécédents névropathiques. L'intérêt du cas réside dans l'existence de deux périodes de rémission, l'une de 15 jours, l'autre de cinq mois, sous l'influence, semble-t-il, de chocs émotifs. Bien qu'actuellement on explique le spasme de torsion par une lésion organique, des faits de ce genre posent la question du mécanisme des rémissions et permettent de comprendre pourquoi les anciens neurologistes rattachaient ces faits au « torticollis mental » de Brissaud.

SENGÈS.

**Compression expérimentale du système nerveux central. I. Compressions cérébrales lentes et progressives : recherches histo-pathologiques** (Compression sperimentali des sistema nervoso centrale. II. Compressioni cerebrali lente et progressive. Reperti isto-patologici), par le Dr CURZIO UGURGIERI (Naples). *Rivista di Neurologia*, Avril 1934, p. 113 à 131.

Ayant étudié dans un précédent mémoire des compressions rapides à l'aide de laminaires, l'auteur a entrepris des recherches à l'aide d'un « compresseur » qui réalise une compression lente et progressive. L'appareil et la technique sont décrits. Les expériences ont été pratiquées chez 8 lapins. Dans l'ensemble les lésions ainsi obtenues sont — comme il fallait s'y attendre — plus discrètes qu'à la suite de compressions rapides. Plaque en couleurs avec microphotographies.

Henri Ey.

**Oxycéphalo-syndactylie**, par Aloysio de CASTRO. *Revue Neurologique*, T. I, n° 3, pp. 359-367, mars 1934.

Le problème des relations possibles entre le syndrome nommé dysostose cranio-faciale et les malformations digitales n'est pas tranché. On sait que l'ensemble formé par l'oxycéphalo-syndactylie constitue le syndrome d'Apert. Pour M. de Castro, la dysostose de M. Crouzon, maladie héréditaire, ne s'oppose pas au syndrome précédent et il doit être possible de l'observer sous toutes les formes intermédiaires.

P. CARRETTE.

**Athétose double et rigidité progressive** (Atetosi doppia con rigidità progressiva), par le Dr Mario GOZZANO (Naples). *Rivista di Neurologia*, février 1934, p. 1 à 52.

Observation d'un malade né d'une gestation éclamptique, ayant présenté des convulsions dans son jeune âge, sujet débile qui, à l'âge de 25 ans, présente un syndrome d'hyperkinésie avec tremblement du bras droit. Le tremblement s'est généralisé dans la suite. Examiné à 55 ans : syndrome d'hyper-tonie extrapyramidale avec mouvements athétosiques, spasmes rythmiques. L'examen anatomique a révélé la présence de trois tumeurs intra-craniennes (endothéliome sarcomateux), une à la voûte, une deuxième qui comprimait le lobe frontal et le lobe limbique du côté droit, enfin une troisième dans le centre ovale gauche. De plus, l'examen histologique a montré qu'il existait un *état marbré* du striatum et du thalamus et un état *dysmyélinisé* du pallidum. Conformément aux opinions pathogéniques passées en revue d'une façon très complète, l'auteur rapporte l'athétose double aux lésions striées et la rigidité progressive aux altérations corticales et pallidales.

Henri Ey.

**L'œdème temporal symptomatique d'une thrombo-phlébite des veines fronto-éthmoïdales**, par von CANEGHEM. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1934).

Les symptômes principaux des thrombo-phlébites des veines éthmoïdales sont orbitaires et oculaires. Ces symptômes peuvent manquer et être remplacés par l'œdème temporal. Observation de deux cas qui permettent à l'auteur de discuter le mécanisme de ce phénomène par propagation de l'infection au sinus longitudinal supérieur.

SENGÈS.

**Note sur les fibroblastomes méningés. Considérations sur un cas personnel** (Nota sobre los fibroblastomas meningeos. Consideraciones sobre un caso personal), par J. PUIG SUREDA et E. TOLOSA. *Revista Médica de Barcelona*, n° 121, pp. 16-32, janvier 1934.

Les auteurs décrivent un cas de méningiome parasagittal qui présente un triple intérêt clinique, pathogénique et thérapeutique. Un trauma crânien paraît être à la base de l'évolution de la tumeur. L'hyperostose considérable, observée à l'occasion de l'intervention chirurgicale pratiquée avec succès, est secondaire au développement du méningiome et vérifie les conceptions pathogéniques de Cushing. Enfin la symptomatologie est dominée par la constatation des crises jacksoniennes inhibitrices qui seraient dues à

une irritation des centres sensitifs si on s'en rapporte à la théorie de Wilson, bien que dans l'observation présente, aucune décharge douloureuse nette ne soit notée et que les paresthésies ne constituent pas une aura, mais accompagnent la débilité motrice très secondairement.

P. CARRETTE.

**Inversion du signe de Rossolimo expression du syndrome pseudo-bulbaire unilatéral**, par M. L. STERLING. (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XI, n° 5 du 8 février 1934).

L'auteur rapporte six observations de malades chez lesquels il a pu constater l'existence du signe de Rossolimo inversé, c'est-à-dire qu'au lieu de la flexion des orteils, caractéristique dans la recherche du signe, on observait une extension des orteils. L'auteur a rencontré ce phénomène dans certaines formes d'hémiplégie, toujours du côté de la paralysie, chez des malades présentant en même temps des signes pseudo-bulbaires. Il n'a jamais observé cette inversion du signe de Rossolimo dans les hémiplégies bilatérales. L'auteur prépare sur ce sujet un travail plus complet où il s'occupera de la pathogénie et de l'interprétation du signe de Rossolimo inversé.

FRIBOURG-BLANC.

**Le syndrome de la ligne médiane cérébelleuse. Considérations sur une série de 24 observations** (Síndrome de la línea media cerebelar. Consideraciones sobre una serie de 24 observaciones), par Juan-M. OBARRIO, Ernesto DOWLING et Eduardo-A. PEDACE. *La Semana Médica*, n° 2086, pp. 2-37, 4 janvier 1934.

Les formes histologiques des tumeurs du vermis cérébelleux sont très variées : atrocytomes, médulloblastomes, propagation des papillomes choroïdiens, épendymomes, mais leur symptomatologie reste généralement typique et facile à diagnostiquer après une observation attentive de l'évolution, même sans le secours de l'encéphalographie. Il s'agit d'un syndrome progressif, — irrégulièrement et inégalement, — de déficit cérébelleux par développement excentrique de la tumeur. M. Obarrio qualifie d'« éclaboussée » (salpicada) cette symptomatologie dispersée, claudicante. Dans l'enfance, la radiographie vérifie l'identité des manifestations d'hydrocéphalie interne. Chez l'adulte, la céphalée, les troubles visuels sont suivis d'altérations des rythmes cardiaque et respiratoire, puis les signes cérébelleux se développent de telle manière qu'on les attribue généralement, d'abord à un hémisphère, puis à l'autre avant d'établir le diagnostic exact de localisation.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude de l'atrophie cérébelleuse tardive avec rigidité** (Contribucion al estudio de la atrofia cerebelosa tardia con rigidez), par Vicente DIMITRI et Marcos VICTORIA. *La Semana Médica*, n° 2087, pp. 109-123, 11 janvier 1934.

L'observation de MM. Dimitri et Victoria montre d'une part une réaction spécifique méningo-encéphalique, d'autre part des lésions cérébelleuses progressives avec syndrome parkinsonien et signes de déficit. Les auteurs considèrent leur cas comme une illustration de la conception du professeur Guillain à propos de l'atrophie cérébelleuse progressive d'origine syphi-

litique. La syphilis serait la cause unique des différentes manifestations nerveuses observées. Elle donnerait deux ordres de lésions : d'abord inflammatoires, puis toxico-dégénératives.

P. CARRETTE.

**Tumeur cérébrale à symptomatologie fruste**, par R. BING. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, 2, 1934.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant qui, pendant 6 ans, a présenté des troubles légers, intermittents et fugaces : céphalalgies, troubles spasmodiques et ataxiques localisés frustes, perturbations légères des réflexes, troubles oculaires avec atteinte légère du fond de l'œil à deux reprises, aucun trouble intellectuel, rémission complète pendant 4 ans; mais, au cours de cet intervalle est apparue une brèche pulsatile dans la région pariétale supérieure droite. L'enfant meurt, dans des circonstances foudroyantes, à l'âge de 12 ans. A l'autopsie, on trouve un fibroendothéliome de la dure-mère, du volume d'un poing d'adulte; la substance cérébrale a été refoulée et comprimée, mais sa structure est restée intacte.

E. BAUER.

**Tumeur volumineuse de la couche optique avec attitude anormale de la tête**, par M. P. DIVRY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1934).

Observation d'un jeune homme de 17 ans, chez lequel on voit s'installer assez brusquement des symptômes de tumeur cérébrale constitués par de la céphalée, des vomissements et un tableau clinique complexe, particulièrement une attitude anormale de la tête (apparence de torticollis spasmodique). Aucun trouble des sensibilités, en dehors d'un certain degré d'hyperesthésie diffuse. Papille de stase bilatérale de type œdémateux. Hypertension considérable du liquide céphalo-rachidien (80), aggravation rapide, malgré une trépanation décompressive, et mort trois semaines après le début de l'hospitalisation. A l'autopsie, tumeur très volumineuse de la couche optique avec proliférations dans la corne occipitale du ventricule latéral : gliome à petites cellules rondes. Discutant cette observation, l'auteur insiste sur l'absence, dans la symptomatologie, de troubles de la sensibilité, en désaccord avec l'infiltration massive de la couche optique par la tumeur. P. Marie avait déjà remarqué l'absence de troubles sensitifs dans des cas de petits foyers ou de tumeurs. Dans le cas rapporté, il faut admettre que l'infiltration gliomateuse respecte les fonctions de territoire envahi, beaucoup plus longtemps que les lésions hémorragiques ou les ramollissements. Il discute ensuite la signification des attitudes anormales de la tête pour la localisation de la tumeur.

SENGÈS.

**Syndrome de la calotte pédonculaire et de la région des tubercles quadrijumeaux**, par J.-A. CHAVANY et P. LEMOINE. *Le Bulletin Médical*, n° 6, pp. 92-94, 10 février 1934.

Les troubles oculaires des lésions pédonculaires peuvent s'exprimer par le syndrome de Parinaud et des perturbations des réflexes iriens. Le signe d'Argyll Robertson peut ainsi s'observer. Les auteurs admettent que son centre de réflexion est dans le corps genouillé externe, le tubercule quadri-

jumeau antérieur et le noyau pupillaire du III. La voie centripète emprunte les voies ciliaires. Le signe d'Argyll Robertson est l'indication d'une lésion focale. Il peut être un élément de précision du diagnostic de localisation mais, pour MM. Chavany et Lemoine, il ne saurait avoir de valeur pour établir le diagnostic étiologique.

P. CARRETTE.

**Ramollissement traumatique au niveau du noyau caudé**, par J. BOVY et P. DIVRY (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1934).

Depuis plusieurs années, la pathogénie du ramollissement cérébral a fait l'objet d'un certain nombre de travaux importants. A côté du facteur mécanique (obstruction vasculaire) habituellement invoqué, on a tendance à faire jouer un rôle important à des facteurs fonctionnels (spasme, stase, hypotension). L'auteur, à propos d'une observation de ramollissement constaté chez une femme de 43 ans, victime d'un traumatisme, discute tous les aspects de la question : l'aspect médico-légal et le mécanisme possible de la lésion constatée, qui paraît avoir été produite, chez une femme sans antécédents pathologiques, par un traumatisme cranien. Discussion des théories depuis les travaux classiques de Duret, en particulier les travaux de Neubürger, et de Wolff et Esser.

SENGÈS.

**Syndrome infundibulo-tubérien pseudo-hypophysaire**, par J. LHERMITTE et Ph. PAGNIEZ. *La Presse Médicale*, n° 32, pp. 649-653, 21 avril 1934.

La question des rapports entre les lésions infundibulo-tubériennes et les syndromes dits hypophysaires reste en suspens. Voici une très utile contribution à cette étude. Il s'agit d'un cas d'altération du territoire hypothalamique proche du ventricule moyen, zone de groupement des noyaux intéressés aux relations centrales du système neuro-végétatif. Que des lésions infectieuses, déterminant des troubles de ces centres entraînent, par voie de conséquence, des modifications du sommeil et de certains métabolismes, il n'y a là pour MM. Lhermitte et Pagniez rien d'incompatible, ni de contradictoire. L'anatomie pathologique et l'expérimentation montrent que les fonctions infundibulo-tubériennes existent. L'habitude de dénommer leurs troubles : syndromes hypophysaires, persiste sans raison valable. Il est bien entendu que les fonctions de l'hypophyse sont également altérées. Le voisinage des deux régions est trop intime, leurs relations trop nombreuses pour justifier une exclusion, mais la réalité c'est la lésion hypothalamique et le trouble endocrinien, la répercussion.

P. CARRETTE.

**Cyphose volumineuse chez le père et le fils, comme l'expression d'une hérédo-dégénérescence du système nerveux**, par S. LAGERGREN. *Acta psychiatrica et neurologica*, IX, 1 et 2, 1934, Copenhague.

La déformation vertébrale qui s'est développée chez le père à partir de 15 ans, chez le fils à partir de 11 ans, est accompagnée en outre de déformation légère du pied, semblable à celles observées dans la maladie de Friedreich, et de diminution ou d'abolition des réflexes tendineux. On peut se demander s'il s'agit d'une affection s'apparentant à la maladie de Friedreich (selon les travaux de van Bogaert), ou d'un exemple de la maladie de Roussy-Lévy, ou d'une entité nosologique nouvelle, autonome.

E. BAUER.

**Arachnoïdite spinale opérée et guérie chez une jeune femme atteinte d'une hémiplégie datant de l'enfance**, par Jean CAHEN et Jacques DAGNELIE. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1934).

Cette affection est rare et d'un diagnostic difficile. Seule, la thérapeutique chirurgicale permet d'obtenir parfois un résultat favorable. Les auteurs rapportent une observation complexe. Il s'agit d'une femme de 25 ans, atteinte dès son jeune âge d'une hémiplégie infantile, et chez laquelle sont apparus progressivement, depuis 4 ans, des phénomènes douloureux lombaires transitoires, puis, après une rémission de deux ans, une paraplégie accompagnée de douleurs en ceinture, et quelques crises d'épilepsie attribuées à l'encéphalopathie infantile. Les auteurs discutent le diagnostic de cette paraplégie et s'arrêtent au diagnostic d'arachnoïdite, basé sur l'analyse clinique et l'examen radiographique. L'intervention permit de découvrir un kyste arachnoïdien comprimant modérément la moelle et quelques voiles d'arachnoïdite, et amena une rétrocession de la paraplégie et des douleurs. Les auteurs font suivre leur observation d'une revue rapide de la question, en rappelant le travail de Metzger sur l'arachnoïdite spinale.

SENGÈS.

**Contribution à l'étude de l'arachnoïdite spinale**, par G. MARINESCO, State DRAGANESCO et T. HORNET. *Revue Neurologique*, T. I, n° 3, pp. 321-341, mars 1934.

Les lésions médullaires inflammatoires, toxiques et tumorales s'accompagnent de processus arachnoïdiens secondaires, mais les auteurs visent surtout les troubles primitifs consécutifs au blocage liquidien par le mécanisme des adhérences. Les lésions se propagent aux gaines méningées et aux vaisseaux, d'où le syndrome radiculaire observé. Il faudrait aussi y voir l'origine de certaines myélites syphilitiques progressives. Le cas de MM. Marinesco, Draganesco et Hornet ne répond pas à des causes connues, peut-être doit-il être attribué à un ultravirus. Ces formes dites primitives, cryptogénétiques, ne seraient pas rares, ce qui sous-entend que le problème étiologique est encore plein d'inconnues.

P. CARRETTE.

**Lésions osseuses dans la neurofibromatose ou maladie de Recklinghausen** (Lesiones óseas en la neurofibromatosis o enfermedad de Recklinghausen), par Marcos STEINSLEGER et Isodoro SLULLITEL. *La Semana Médica*, n° 2092, pp. 481-490, 15 février 1934.

A la triade symptomatique — taches pigmentaires, tumeurs sous-cutanées, tumeurs nerveuses — il faut ajouter des signes cliniques tout aussi importants, qui complètent le tableau de la maladie de Recklinghausen. Les lésions osseuses doivent être recherchées. Leur présence suffit parfois à fixer un diagnostic hésitant. Les malformations congénitales n'ont rien de spécifique. Au cours du développement, elles sont plus caractéristiques. A côté d'atrophies partielles, on observe des régions d'ossification exagérée. Les formations tumorales osseuses sont fragiles; les hypertrophies en volume dissimulent l'ostéoporose. Les auteurs signalent que cette évolution somatique s'accompagne assez constamment de déficit mental.

P. CARRETTE.

## ANATOMIE

**Étude du développement de la microglie et contribution au problème des cellules granulo-graisseuses embryonnaires** (Über die Entwicklung der Mikroglia sowie einiges zur Frage der sogenannten embryonalen Fettkörnchenzellen), par T. KAMIMURA. *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 1, fasc. 2, 1934.

L'auteur a étudié des cerveaux de fœtus et de nouveaux-nés chez le chat, le lapin, le cobaye et l'homme. Pour mettre en évidence les granulations graisseuses, il recommande la méthode de Romeis au Soudan-orange, modifiée par Kawamura et Yazaki. Ses recherches le font conclure à l'origine mésodermique très probable de la microglie. Elles confirment les idées d'Hortega en ce qui concerne son développement selon quatre phases : formes ronde, amiboïde, pseudopodique, ramifiée ; mais il vaudrait mieux réunir en une seule la deuxième et la troisième phase, étant donné les nombreux aspects de transition. En opposition avec Hortega, l'auteur a identifié la microglie chez le fœtus humain dès le 2<sup>e</sup> mois. Quant aux cellules granulo-graisseuses embryonnaires, elles existent chez l'homme nouveau-né et chez les fœtus des petits mammifères. Ce sont probablement des formes particulières de microglie, en rapport avec des processus physiologiques liés au métabolisme. Elles peuvent se former également dans certains états pathologiques, dans ces cas encore, elles semblent dériver de la microglie.

E. BAUER.

**Autour de l'origine de la microglie** (Acerca del origen de la microglia), par Diego FERRER et Ignacia SALVANS. *Revista Médica de Barcelona*, n° 122, pp. 141-159, février 1934.

De l'examen des réactions pathologiques ou expérimentales observées dans les centres nerveux, aussi bien que des recherches bibliographiques reproduites par MM. Ferrer et Salvans, il résulte que la microglie devrait être considérée comme un élément appartenant au système réticulo-endothélial. Il s'agirait de cellules d'origine histioïde, engendrées aux dépens des éléments mésenchymateux, envahissant les centres dans les premières phases du développement embryonnaire et qui, postérieurement par différenciation, acquièrent certains caractères propres au même titre que les fibroblastes, les cellules endothéliales, les chondroblastes, les ostéoblastes, etc..., mais peuvent aussi recouvrer le type embryonnaire pour se transformer de nouveau en élément phagocytaire.

Sous l'influence d'un processus irritatif, les cellules adventices émigrent des vaisseaux vers les éléments nerveux intéressés et adoptent une des formes des éléments névrogliaux en rapport avec la nature et l'intensité du processus.

P. CARRETTE.

**La méthode à l'oxyde d'argent ammoniacal et autres méthodes récentes pour l'imprégnation de la microglie sur le matériel humain fixé dans la formaline**, par Filippo CARDONA (Florence). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

L'auteur rappelle les auteurs qui ont employé avec succès la technique histologique qu'il a proposée dès 1930, celle de l'imprégnation argentique,

de la microglie, il décrit quelques modifications techniques apportées à sa méthode. Dans l'étude de la microglie sur le matériel formolé, il conseille l'emploi de trois méthodes : Cardillo, Vizioli, Cardena, car une longue expérience a montré qu'elles sont les meilleures pour la facilité de réussite et la constance de l'imprégnation.

Paul ABÉLY.

**Les formations choroïdiennes chez les vertébrés** (Le formazione coroidea nei vertebrati), par Maffo VIALLI (de Pavie). *Rivista di Patolog. nerv. e ment.*, Mars-Avril 1934, p. 573 à 945.

Ce mémoire considérable, de plus de 300 pages, vient à la suite de nombreux travaux de l'auteurs sur les plexus choroïdes. Il en constitue l'aperçu synthétique. Tous les problèmes anatomo-physiologiques que posent les formations choroïdiennes sont passés en revue. C'est ainsi que Vialli étudie successivement la distribution topographique et les divers types plexuels chez les cyclostomes, les poissons, les amphibiens, les reptiles, les oiseaux et les mammifères. Il résulte de cette étude d'anatomie comparée que l'évolution des plexus choroïdes est étroitement liée, dans la série animale, au progrès de différenciations encéphaliques et que leur degré de développement est corrélatif au volume des cavités ventriculaires. En ce qui concerne l'histo-physiologie choroïdienne, l'auteur insiste sur la nécessité de considérer ces formations comme un tout où l'élément épithélial et l'élément conjonctival jouent un rôle solidaire. C'est en milieu liquide que les fonctions de sécrétion et de barrière neuro-hémotique s'exercent et doivent être expérimentalement étudiées. Ainsi se révèle le rôle de production et de protection du système total. Bibliographie très importante. Ce travail est du plus grand intérêt pour la physiologie du liquide céphalo-rachidien. Il illustre l'activité de l'Institut d'Anatomie et de Physiologie comparée de la R. Université de Pavie, que dirige le professeur Zavattari.

Henri EX.

**Recherches expérimentales sur le rôle du « facteur humoral » dans la localisation des altérations dégénératives centrales** (Experimentelle Untersuchungen über die Ortsbestimmung der zentralen degenerativen Veränderungen durch den « Liquorfaktor »), par Y. UCHIMURA. *Folia psychiatria et neurologica japonica*, vol. 1, fasc. 2, 1934.

D'après Spielmeyer, 3 facteurs peuvent intervenir pour déterminer la localisation des lésions dégénératives dans les centres nerveux ; ce sont « le facteur de système », le facteur vasculaire, et le facteur humoral. L'auteur a étudié le rôle de ce dernier en provoquant des lésions chroniques par des injections sous-occipitales répétées, à petites doses, de Trypan-bleu en solution de 0,5 à 1 p. cent. Les lésions étaient localisées dans la corne d'Ammon, le cervelet, la moelle. Mais les résultats de l'expérimentation animale sont-ils applicables sans réserve à l'homme ? L'auteur est prudent à ce sujet. Le plus souvent, la localisation des lésions dépend, pense-t-il, de plusieurs éléments à la fois ; sans cela, on ne s'expliquerait pas pourquoi certains centres présentent des lésions inflammatoires alors que d'autres, ayant les mêmes rapports avec le liquide céphalo-rachidien, sont indemnes, exemples : des lésions de la corne d'Ammon et du cervelet en l'absence de lésions du tronc cérébral, ou lésions du mésocéphale en l'absence de lésions du cervelet.

E. BAUER.



**Contribution à la morphologie de la surface externe des hémisphères cérébraux chez les Japonais, en tenant compte en particulier des corrélations entre les différentes parties.** (Beitrag zur Morphologie der lateralen Grosshirnoberfläche unter besonderer Berücksichtigung der Korrelationen ihrer einzelnen Teile, bei Japanern), par Haruyosi KOIKEGAMI. *Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 1, fasc. 2, 1934.

C'est un travail volumineux, intéressant par ses statistiques et le grand nombre des dessins schématiques. L'auteur, après l'exposé du matériel et des méthodes, étudie les variations dans la disposition des sillons. Il réussit à distinguer, sur le lobe frontal, 4 types, 9 groupes, 13 sous-groupes, 25 formes, — sur le lobe pariétal 4 types, 15 groupes, 43 sous-groupes, — sur le lobe temporal, 7 types, 14 groupes, 23 sous-groupes, — sur le lobe occipital, 7 types, 15 groupes, 22 sous-groupes. Il essaie ensuite de dégager les combinaisons les plus fréquentes des différentes variétés de lobes entre elles, et de tirer quelques conclusions sur le caractère « supérieur » ou « inférieur » des types rencontrés.

E. BAUER.

**Procédés nouveaux de coloration de la myéline à l'état normal et pathologique**, par MM. L. LISON et J. DAGNELIE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1934).

Les auteurs étudient : 1° les méthodes pour l'étude des fibres myéliniques et des dégénérescences myéliniques anciennes ; 2° les méthodes pour l'étude des dégénérescences myéliniques précoces. Exposé de leur technique personnelle.

SENGÈS.

**De la nature de l'altération fibrillaire d'Alzheimer**, par M. P. DIVRY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1934).

La dégénérescence particulière des cellules ganglionnaires décrite par Alzheimer est considérée généralement, et par son auteur lui-même, comme résultant d'une altération mal définie des fibrilles intra-cellulaires. Poursuivant plus loin le problème, par l'emploi de méthodes histo-chimiques, l'auteur expose le résultat de ces recherches et les conclusions auxquelles il aboutit.

SENGÈS.

**Contribution à l'étude des calcifications intracrâniennes en dehors des tumeurs**, par DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU, (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1934).

Rappelant les travaux de Schüller, de Ström et de Löw-Ben, les auteurs étudient les calcifications physiologiques et les calcifications pathologiques. Dans les premières, ils énumèrent les calcifications de l'épiphyse et ils étudient les calcifications des *plexus choroïdes* et les calcifications de la faux du cerveau dont ils apportent plusieurs observations personnelles. Ils étudient ensuite les calcifications intracrâniennes des épileptiques (2 observations). « Les plaques calcaires méningées sont dans certains cas, le témoignage de processus pathologiques d'origine indéterminée, sans qu'on puisse leur assigner un rôle pathologique direct. »

SENGÈS.

**Contribution à l'étude de la cytologie de certains gliomes alvéolaires**, par M. RAMIREZ-CORREA et M. CORACHAN. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, t. XI, février 1934, p. 169.

Sujet âgé de 58 ans ; cliniquement troubles mentaux, impuissance génitale, somnolence ; troubles sphinctériens ; fond d'œil normal. Intervention : ablation d'une tumeur frontale gauche.

Examen histologique : glioblastome à aspect alvéolaire. La formation annulaire serait en rapport avec une évolution lente de la tumeur et serait un signe de sénilité cellulaire. Il s'agirait d'un glioblastome à cellules « vieilles ».

L. MARCHAND.

**Tumeurs bilatérales de l'acoustique et neuro-fibromatose. Etudes anatomo-cliniques**, par L. VAN BOGAERT. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, Avril 1934, p. 353.

Il s'agit de trois cas de tumeurs bilatérales de l'acoustique. Dans les deux premières observations, les malades présentaient les autres symptômes de la neuro-fibromatose. Dans la troisième, il n'existait aucune autre formation que la tumeur bilatérale de l'acoustique. Les enquêtes héréditaires semblent démontrer l'unicité des formes pures et des formes associées à la neuro-fibromatose.

L'identité histo-pathologique des tumeurs observées dans ces trois cas est en faveur de leur origine schwannique et ectodermique.

Leur structure est celle des schwannomes périphériques, finement fibrillaire et syncytiale ; elle diffère de celle des éléments conjonctifs.

L. MARCHAND.

**L'appareil périphérique de la cellule nerveuse dans quelques cérébro-pathies**, par Giovanni FATTOVICH (Venise). (*L'Ospedale Psichiatrico*, Avril 1934).

L'auteur décrit les altérations morphologiques de l'appareil périphérique de la cellule nerveuse dans quelques-unes des maladies mentales les plus importantes : paralysie générale, démence sénile et artériopathique, épilepsie, démence précoce. Il relève l'importance de telles recherches dans l'étude de l'histopathologie des maladies de l'encéphale.

Paul ABÉLY.

## **BIOLOGIE**

**Philosophie de la différenciation cellulaire**, par Max ARON. *La Presse Médicale*, n° 31, pp. 635-637, 18 avril 1934.

On explique la différenciation cellulaire par des mécanismes qui se résument en deux conceptions principales : la différenciation est « spontanée » pour les uns, « provoquée » pour les autres. Ces tendances extrêmes sont rejetées par certains qui voient, suivant les circonstances, la possibilité d'admettre un « juste milieu ». M. Aron ne l'admet pas, mais sa formule en tient compte, car pour lui la différenciation spontanée demande pour se réaliser une incitation étrangère. Les mêmes questions se posent dans ce domaine, comme dans le problème plus général des influences relatives

de l'hérédité et de l'éducation, du terrain et des accidents. Le problème ne fait que se déplacer. Tôt ou tard, il faut en arriver à la nature même des choses, à la métaphysique. Rationalisme ou Spiritualisme ? — En l'état actuel de nos connaissances, « l'un et l'autre ne répondent à rien d'autre qu'un pur acte de foi ».

P. CARRETTE.

**La nature de l'inhibition.** *Revue* (On the Nature of Inhibition: A Review), par W.-R. ASHBY. *The Journal of Mental Science*, n° 329, pp. 198-222, avril 1934.

Tous les auteurs soucieux de fourrir à la pathogénie des documents nouveaux sont tentés d'étendre le champ de leurs explications et de bâtir des théories d'une portée très vaste. Le phénomène de l'inhibition en est un exemple. On a voulu l'expliquer par les modifications des synapses, de la chronaxie, des colloïdes, etc. Pour M. Ashby, c'est la théorie humorale qui fournit la solution logique. Elle éclaire l'irradiation et la concentration de Pavlov, devient une condition de l'intégration au milieu, de l'adaptabilité, offre une explication suffisante au problème des contrôles réflexes. L'argument anatomique est également invoqué : les relations microscopiques entre les arborisations fibrillaires et les cellules du système nerveux s'établissent en effet, non pas par de simples synapses, mais par des bulbes dont la morphologie ne pourrait se justifier que pour des fins sécrétoires tour à tour stimulantes et inhibitrices.

P. CARRETTE.

**Essai d'interprétation physiologique de la névrose obsessionnelle et de la paranoïa** (An Attempt at a Physiological Interpretation of Obsessional Neurosis and Paranoia), par I.-P. PAVLOV. *The Journal of Mental Science*, n° 329, pp. 187-197, avril 1934.

Le professeur Pavlov se défend d'être un clinicien et de tirer des déductions pathogéniques et thérapeutiques. Il entend la paranoïa dans le sens de réaction délirante très générale accompagnée de troubles toniques, tel l'état schizoïde ou catatonique. Partant des considérations qu'inspire la recherche du réflexe conditionnel chez le chien, réflexe, à point de départ visuel, olfactif ou auditif, il montre qu'il y a chez l'obsédé, comme chez le catatonique, une réponse paradoxale au stimulus, à une excitabilité augmentée correspond une réaction affaiblie, dégradée, qui s'appelle, suivant les cas : blocage, inertie, stéréotypie, persévération, concentration ou hyper-tonie de défense. Physiologiquement parlant, le schizophrène dans l'attitude autistique, le catatonique figé et l'angoissé, obsédé ne diffèrent pas dans leur essence ; ils présentent des degrés divers d'un même comportement réactionnel.

P. CARRETTE.

**Angiographies en série de la circulation de la tête**, par EGAS MONIZ, Almeida LIMA et Pereira CARDAS. *Revue Neurologique*, T. 1, n° 4, pp. 489-570, avril 1934.

Poursuivant leurs études sur la circulation cérébrale, M. Moniz et ses collaborateurs réalisent des films des vaisseaux traversés par le thorotrast et l'iodure de sodium. Ils trouvent un passage très lent par les capillaires dérivés de la carotide externe. La circulation méningée est la plus lente des circulations relevant de cette artère. Des troubles importants sont observés

dans les cas pathologiques. Tandis que le sang de la carotide externe reste 5 ou 6 secondes dans les artères, celui de la carotide interne passe en 3 ou 4 secondes à la jugulaire interne.

P. CARRETTE,

**Recherches expérimentales sur le point d'attaque du luminal dans le cerveau du lapin** (Experimentelle Untersuchungen über den Angriffspunkt des Luminals im Gehirn bei Kaninchen), par E. SAHLGREN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 1-2, 1934, Copenhague.

L'auteur a employé la méthode des injections intracérébrales, dont il expose la technique. Les résultats obtenus, vérifiés par des examens chimiques et anatomopathologiques, sont les suivants : sommeil rapide et intense, après l'injection dans la région infundibulaire ; sommeil inconstant, très passager, et au bout d'un intervalle de longue durée, après les injections au niveau des noyaux centraux ; pas de sommeil après l'injection dans le télencéphale, le rhinencéphale, le cervelet ; pas de sommeil après injection, dans la région infundibulaire, de substances d'épreuve telles que sérum physiologique, métylacétamine. Le Luminal a donc une action élective sur la région infundibulaire, dont l'importance comme centre régulateur du sommeil est démontrée de nouveau par ces recherches.

E. BAUER.

**Recherches sur certaines substances antagonistes de la bulbo-capnine**, par DIVRY et EVRARD (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1934).

Les auteurs ont étudié chez le chat, préalablement intoxiqué par la bulbo-capnine, l'action de la morphine, de l'héroïne et de l'apomorphine, et accessoirement, celle de la caféine, strychnine, picrotoxine, scopolamine et héroïne. 1° Analysant d'abord l'action de la bulbo-capnine chez le chat, ils font des réserves sur l'assimilation du syndrome bulbo-capnique du chat avec le syndrome catatonique de l'homme. 2° La bulbo-capnine agit, à doses moyennes, à la fois sur les centres sous-corticaux et sur le cortex. 3° La morphine, l'héroïne et l'apomorphine, à doses convenables, restaurent l'activité motrice. Les autres substances ont une action moins nette ou ne possèdent aucune action antagoniste.

SENGÈS,

**Rôle du plomb dans la sclérose multiple** (Lead as a Possible Cause of Multiple Sclerosis), par William CONE, Colin RUSSEL et Robert UNWIN HARWOOD. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 2, pp. 236-269, février 1934.

Le plomb existe normalement dans l'organisme. Il peut être mis en évidence dans les os, le foie, le tissu nerveux. Les auteurs signalent sa présence dans la moelle épinière dans un cas de sclérose multiple. Ils notent son mode d'élimination dans 6 autres cas et l'amélioration des troubles neurologiques par la thérapeutique calcique. Ces considérations soulèvent plusieurs questions : l'accumulation et la mobilisation du plomb entrent-elles dans l'étiologie de la sclérose multiple ? Des conditions physiologiques spéciales favorisent-elles sa fixation toxique ? Le calcium agit-il comme facteur de neutralisation ? Le plomb est ingéré ou absorbé par tous les individus et il semble bien qu'il ne puisse jouer un rôle pathologique

en dehors des cas d'intoxication professionnelle ou accidentelle à dose massive, qu'à la faveur des troubles de certains métabolismes.

P. CARRETTE.

**Les modifications de concentration du calcium inorganique et du phosphore au cours des convulsions d'origine expérimentale chez les chats, avant et après thyroparathyroïdectomie, avec et sans traitement bromuré** (The Changes in the Concentration of Inorganic Calcium and Phosphorus during Convulsions of Experimental Origin, in Cats, before and after Thyroparathyroidectomy, with and without Bromide Therapy), par Mme Helen C. COOMBS, Donald-S. SEARLE et F.-H. PIKE. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XIII, n° 4, pp. 761-797, janvier 1934.

Les états convulsifs s'accompagnent de troubles dans l'équilibre viscéral associées à des modifications de nature chimique que les auteurs ont essayé de reproduire expérimentalement. De telles recherches contribuent à établir les conditions physiopathologiques des crises convulsives. Deux groupes d'expériences ont été réalisés : les unes en provoquant des convulsions par injection d'absinthe, excitation électrique du cortex cérébral ou ligature temporaire des artères cérébrales ; les autres consistaient dans l'ablation thyroparathyroïdienne, précédée, pour une partie du lot d'animaux en expérience, par un traitement bromuré. Dans les deux cas, il s'agissait de rechercher les variations du calcium et du phosphore du sérum sanguin. L'excitation convulsivante s'accompagne d'un accroissement d'autant plus marqué que les crises sont plus nombreuses et plus sévères. Notons que chez l'animal curarisé, malgré les modifications cardio-vasculaires intenses, il n'y a pas de variations du calcium, ni du phosphore. L'animal thyroparathyroïdectomisé présente une chute typique du taux du calcium sans grand changement du phosphore, mais la diminution est moins marquée quand l'animal a été soumis préalablement à la cure bromurée. Celle-ci a également une influence heureuse sur la tétanie et sur le déséquilibre calcique des crises convulsives.

P. CARRETTE.

**Quelques observations sur le métabolisme des lipéïdes dans les troubles mentaux** (Some Observations on Lipoid Metabolism in Mental Disorders), par J. S. SHARPE. *The Journal of Mental Science*, n° 328, pp. 75-81, janvier 1934.

Le sang est le milieu nécessairement altéré au cours des désordres organiques que traduisent les états psychopathiques. M. Sharpe se propose d'étudier les variations des lipéïdes dans les troubles mentaux. La correspondance entre ces désordres physiologiques et certaines insuffisances glandulaires mérite d'être prise en considération. Le cholestérol sanguin diminue dans la démence précoce au début, s'élève dès les premières menaces de chronicité. L'auteur croit à une hyperactivité des surrénales. Le coefficient d'utilisation est bas, tout comme dans la mélancolie et la confusion. L'hypercholestérolémie est habituelle dans les accès de la manie intermittente. Il y a une élévation cyclique du métabolisme. Dans les phases dépressives une substance hypotonisante, antagoniste de l'adrénaline, existe dans le sang. Elle réalise des modifications comparables à celles que la choline produit expérimentalement. L'auteur propose le terme de « cholinase » pour la désigner.

P. CARRETTE.

**La stabilisation du plasma sanguin au cours de la narcose continue par le somnifène** (Die Stabilisation des Plasmas bei der Somnifen-Dauernarkose), par S. SCHRIJVER-HERTZBERGER et D. SCHRIJVER. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 1 et 2, 1934, Copenhague.

Les auteurs ont étudié déjà, dans des travaux antérieurs, les modifications somatiques au cours de la narcose continue (*Zentralblatt f. Neurologie*, 1930, 1931). Ils exposent leur technique de floculation colloïdale du plasma sanguin. La floculation est diminuée dans les cas qui évoluent favorablement, elle n'est pas modifiée dans les cas qui ne sont pas influencés par le traitement. La diminution de la floculation ou stabilisation du plasma est un phénomène biologique en rapport avec le processus curatif ; les auteurs l'ont observée également au cours de la malariathérapie de la paralysie générale et pendant les rémissions spontanées de la démence précoce.

E. BAUER.

**Le comportement de la réaction de sédimentation globulaire au cours du traitement de la démence précoce par le Soufre (Sulfosine)** (Über das Verhalten der Senkungsreaktion während der Schwefelbehandlung (Sulfosin) der Dementia praecox, par Sander IZIKOWITZ. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 1 et 2, 1934, Copenhague.

L'auteur a étudié les modifications de la réaction de sédimentation globulaire au cours du traitement par la Sulfosine. Il a employé la méthode de Westergren. Ces recherches peuvent contribuer à éclaircir le mécanisme biochimique de la réaction de précipitation. Celle-ci a été étudiée dans les pyrétothérapies malarienne et récurrentielle ; mais il est impossible de faire la part, en ce qui concerne les modifications sanguines, de ce qui est dû à la fièvre et à l'infection. Dans le cas de la pyrétothérapie par le soufre, on est en présence d'une fièvre « pure », à laquelle peuvent être rattachées toutes les altérations sanguines observées. L'auteur a obtenu les résultats suivants : accélération de la réaction dès la 1<sup>re</sup> injection de Sulfosine, retour à une réaction normale au bout de 10 injections environ (5 à 7 semaines de traitement) ; diminution de la réaction au moment de l'acmé fébrile, augmentation pendant la chute de la température et immédiatement après.

E. BAUER.

**Sédimentation de globules sanguins dans la paralysie générale**, par St. SWIERCZEK et M<sup>me</sup> KAISER-SWIERCZEK (*Nowiny Psychjatriczne*, T. XI, fasc. 1-2, 1934).

Comme suite à leur travail antérieur (*Now. Psych.*, 1933, III-IV), les auteurs étudient la réaction de Biernacki chez des malades atteints de paralysie générale. Sur 70 malades étudiés, 49 étaient atteints de paralysie générale avérée. Chez tous ces malades, sauf deux, la sédimentation était accélérée. L'accélération était en proportion du degré des désordres produits par la maladie et de la rapidité de l'évolution du processus pathogène. Les indications de la réaction de Biernacki ont été des plus

intéressantes dans les cas douteux. Les résultats concordaient avec les constatations cliniques neuro-psychiques, malgré la négativité des épreuves sérologiques. Les auteurs concluent que la sédimentation de globules rouges n'est pas dénuée d'un intérêt diagnostique et pronostique précieux pour aider les investigations cliniques, surtout dans le cas d'échec des examens sérologiques.

FRIBOURG-BLANC.

**Rapport entre la valeur complémentaire du sérum et la rapidité de sédimentation des globules rouges chez les malades atteints de paralysie générale, démence précoce et arriération** (Rapporto fra valore complementare del siero e velocità di sedimentazione dei globuli rossi in ammalati affetti da paralisi generale, demenza precoce, frenesteno), par le Dr Antonio TOMASINO (Palermo). *Il Cervello*, janvier 1934, p. 1 à 8.

Des recherches entreprises sur 28 malades divers, l'auteur conclut que la rapidité de sédimentation est plus grande chez la plupart des sujets, notamment chez les femmes que chez un sujet normal. La valeur complémentaire n'est pas modifiée. Il y a un rapport entre la rapidité de sédimentation et la valeur complémentaire : plus la première est grande, plus la seconde est basse.

Henri Ey.

**Recherches expérimentales sur l'infectiosité spécifique des ganglions de l'aine chez les paralytiques généraux avant et après des tentatives d'activation locale ou de surinfection**, par A. BESSEMANS, J. VAN HÉE et J. VAN HÆLST (Inst. d'Hyg. et de Bactér. de l'Univ. de l'Etat à Gand et Inst. médico-chirurgical du Cinquantenaire de Bruxelles). Extrait des *Annales de l'Inst. Pasteur*, Mars 1935, Tome LIV.

Devant l'exceptionnelle réussite de Worms, démontrant que les ganglions lymphatiques superficiels dans la paralysie générale peuvent révéler en certains cas une infectiosité spécifique, les auteurs ont repris la question en s'adressant, pour les transferts, non seulement au lapin, mais encore à d'autres espèces réceptives à la syphilis, à savoir le cobaye et la souris. En outre, ils ont tâché de produire une activation ganglionnaire préalable, en inoculant dans la zone, dont les ganglions sont tributaires, des produits capables de déclancher une réaction locale (vaccin antivariolique frais, tuberculine ancienne de Koch, anatoxine diphtérique). Enfin, les auteurs ont essayé de reproduire l'expérience de Prigge et Rutkowski, c'est-à-dire de contrôler si le tréponème pâle d'une tentative de surcontamination, tout en ne provoquant pas de chancre au niveau de son inoculation, est capable d'envahir les ganglions correspondants.

Ces recherches effectuées dans les conditions expérimentales les plus rigoureuses n'ont pas permis de démontrer l'infectiosité spécifique des ganglions inguinaux de 8 malades atteints de paralysie générale. Les diverses inoculations cutanées, pratiquées en vue d'une activation ganglionnaire chez ces mêmes malades, n'ont conduit qu'à des échecs. Tout en se plaçant dans les mêmes et dans d'autres conditions expérimentales que Prigge et Rutowski, les auteurs ont constaté qu'en essayant de surinfecter des malades atteints de paralysie générale, il ne survient aucune manifestation spécifique, ni à

l'endroit de la tentative de surcontamination, ni ailleurs. Enfla, il a été impossible, en recourant à des transferts en série chez le lapin, le cobaye et la souris, de confirmer l'unique observation des deux auteurs précités, suivant laquelle le virus de l'essai de surinfection pourrait, malgré l'absence d'action chancreuse, envahir et rendre virulents les ganglions satellites de la zone inoculée.

R. NYSSEN.

**Résultats des inoculations au lapin et au cobaye d'un fragment d'encéphale riche en tréponèmes mobiles, prélevé durant la vie, par trépanation, à un paralytique général, par A. BESSEMANS (présentation faite par M. Levaditi). Extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1934, Tome CXII, n° 31.**

Un exposé historique très complet des tentatives d'inoculation du virus de la maladie de Bayle au singe, au lapin, à la souris, au rat et au cobaye, faites par de nombreux auteurs, depuis la remarquable découverte de Noguchi et Moore, nous apprend que les seuls résultats positifs obtenus par plusieurs auteurs chez le lapin sont fort sujet à caution. En effet, l'existence de la tréponémose cunulaire spontanée a été reconnue à Vienne par Arzt et Kerl (1914 et 1919), puis successivement dans plusieurs pays par une série d'expérimentateurs. Il paraissait donc vraisemblable que le tréponème pâle de la paralysie générale n'est pas pathogène pour l'animal. Mais on pouvait objecter que la présence de tréponèmes vivants ne fût observée dans aucun des inoculats des expériences précitées.

L'auteur a pu très heureusement combler cette lacune. Au cours d'une trépanation effectuée chez un paralytique général avéré, il préleva un fragment de l'écorce fronto-pariétale droite. L'examen immédiat au fond noir révéla la présence, en abondance, de longs tréponèmes typiques, formés de 15 à 20 tours de spire et doués d'une vitalité parfaite. Les deux tiers du fragment (1 gr. 5) furent utilisés d'emblée pour l'inoculation, d'une part, de 2 lapins, dans les testicules, d'autre part, de 4 cobayes, à la région génitale. Toutes ces opérations prirent environ une heure ; mais les tréponèmes furent contrôlés plusieurs fois pendant ce temps, ainsi que trente et soixante minutes après la fin des inoculations : leur mobilité persistait sans modification apparente.

Les animaux inoculés sont restés très longtemps en observation, sans rien présenter d'anormal. En outre, des transferts fort espacés ont été effectués dans les testicules d'animaux neufs. Tous les résultats furent également négatifs. Ces échecs, enregistrés malgré le concours d'une série de circonstances optimales, établissent que le tréponème de la paralysie générale est incapable de provoquer chez le lapin, ni directement, ni indirectement, par l'intermédiaire du cobaye ou d'autres lapins, des manifestations spécifiques analogues à celles que détermine le tréponème pâle habituel.

L'auteur, — qui a pu démontrer ailleurs la possibilité d'une différenciation biologique du tréponème pâle, — pense devoir attribuer les faits précités à une adaptation du virus au névraxe de l'homme avec une électricité telle que son pouvoir pathogène primitif a considérablement fléchi ou même totalement disparu.

R. NYSSEN.



## ENDOCRINOLOGIE

**Conscience et hypophyse** (Hypophyse und Bewusstsein), par M. DANEZ et L. HUSZÁK. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1934, n° 35.

Les auteurs ont expérimenté les hormones hypophysaires chez des épileptiques. Ils n'ont obtenu aucun résultat ; les extraits hypophysaires n'ont aucune influence, ni favorable, ni défavorable, ni sur les crises, ni sur l'état mental. L'hypothèse qu'il existe, au niveau de la paroi du 3<sup>e</sup> ventricule, un centre régulateur de la conscience est peu fondée.

E. BAUER.

**L'hypopituitarisme dit fonctionnel. Considérations pathologiques et observation d'un cas** (So-called Functional Hypopituitarism. Pathologic Findings and Report of a Case), par Dominic A. de SANTO. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 1, pp. 134-148, janvier 1934.

Chez un homme progressivement atteint d'adiposité, de céphalée, de somnolence, d'hypertension, d'exophtalmie et d'atrophie génitale, la mort permit, après 10 ans d'évolution, de découvrir à l'autopsie, une destruction pseudo-kystique du lobe postérieur de la glande pituitaire. La région du 3<sup>e</sup> ventricule ne présentait pas de lésions apparentes. L'auteur émet l'hypothèse étiologique d'un processus embolique post-infectieux. Une aire de sclérose envahit le lobe antérieur de l'hypophyse. L'atrophie testiculaire est considérée comme secondaire aux altérations dégénératives décrites dans le lobe pituitaire antérieur.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude du syndrome narcoleptique** (Beitrag zum Symptomenkomplex der Narkolepsie), par H. REINWEIN. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1934, n° 37.

L'auteur communique deux observations de narcolepsie. L'examen de la selle turcique et du liquide céphalo-rachidien permettent de conclure à l'existence d'une tumeur de l'hypophyse. D'ailleurs, chez un des malades, le syndrome narcoleptique est apparu en même temps que des signes d'acromégalie, à la suite d'un traumatisme du crâne. Dans les deux cas, les crises de narcolepsie sont accompagnées ou suivies de troubles de la régulation thermique.

E. BAUER.

**Epilepsie tardive d'origine endocrino-hypophysaire avec macropsie, paropsie et hyperacousie**, (Epilepsia tarda endocrina hypophysotoxica cum macropsia, paropsia, hyperakysia), par M. H. HIGIER (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XIII, n° 17 du 22 avril 1934).

L'auteur relate l'observation d'une femme de 34 ans, chez laquelle s'est installé en quelques années un syndrome d'acromégalie avec développement exagéré de la selle turcique. Depuis 18 mois, la malade se plaint de crises de courte durée ayant la valeur d'équivalents d'épilepsie tardive. Les crises sont caractérisées par l'obnubilation transitoire avec sensation d'an-

goisse et constriction de la gorge. A ce moment, la malade présente des troubles oculaires se traduisant par des macropsies, des parropsies. Elle se plaint également d'hyperacousie. Cependant, la malade peut arrêter les crises elle-même, en absorbant quelques gorgées d'eau froide.

Ces équivalents d'épilepsie tardive sont d'origine endocrinienne. Les troubles se manifestent dans la sphère optico-acoustique. Les désordres se produisent probablement dans le domaine du système de convergence et d'accommodation, si on se place au point de vue physio-pathologique, mais ils sont très différents de la pseudomelia paraesthetica de Bechterew.

FRIBOURG-BLANC.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**La Stérilisation**, par Jean PIERI. *Provence Médicale*, n° 30, pp. 13-18, 15 mars 1934.

Les progrès pratiques de l'eugénisme sont liés, pour certains, à l'application de la stérilisation des anormaux. C'est un dogme que M. Pieri s'applique à réfuter. Il le qualifie d'illégitime et d'immoral. La stérilisation entraînerait les pires excès si elle était légalement autorisée. Ses conséquences apparaissent à l'auteur comme opposées aux résultats attendus. Les buts de l'Eugénisme pourraient être atteints par d'autres voies, en particulier par la lutte tenace contre les fléaux sociaux : prophylaxie, hygiène, éducation morale et physique.

P. CARRETTE.

**L'épilepsie est-elle une maladie héréditaire ?** par Henri VIGNES. *Le Progrès Médical*, n° 9, pp. 378-381, 3 mars 1934.

Les eugénistes étudient l'hérédité des comitiaux du point de vue de la stérilisation. On connaît des syndromes épileptiformes associés à des états neuro-psychiques complexes transmis héréditairement, mais l'épilepsie est en général plutôt liée à des conditions de vie familiale. Il y a des familles où la dystocie intervient à chaque accouchement, où les soins de la première enfance sont nuls, l'hygiène insuffisante. « C'est dans les pays les plus arriérés, dit M. Vignes, parmi les populations les plus pauvres et les plus ignorantes que l'on voit se produire le plus fort pourcentage de cas d'épilepsie. »

P. CARRETTE

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 juin 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

### Centenaire de Magnan et dîner annuel.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 mai 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

Cette séance du *lundi 27 mai 1935* sera consacrée à la célébration du *Centenaire de V. Magnan* (16 mars 1835-27 septembre 1916). Elle sera suivie du *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique, pour lequel les membres de la Société sont priés de s'inscrire auprès de Mme le D<sup>r</sup> THUILLIER-LANDRY, *trésorière* (102, rue de Grenelle, Paris, VII<sup>e</sup> arrondissement).

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Médaille d'Honneur de l'Assistance Publique.

#### *Médaille d'Or :*

M. le D<sup>r</sup> WAHL, ancien médecin-chef à l'Asile public autonome de Marseille (Bouches-du-Rhône).

#### *Médaille de Bronze :*

M. GAUDON, directeur de l'asile Sainte-Marie, à Privas (Ardèche) ;  
Mme GAILLARD, en religion SŒUR MARIE-THÉRÈSE, directrice de l'asile privé d'aliénés de Privas (Ardèche).

## Conseil Supérieur de l'Assistance Publique.

Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique pour une période de quatre ans :

*Au titre de médecins des asiles publics d'aliénés*

MM. le docteur DEMAY, médecin-chef des asiles de la Seine, et le professeur PERRENS, médecin-chef de l'asile de Château-Picon.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française.

*39<sup>e</sup> Session. — Bruxelles (22-28 Juillet 1935)*

Sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges

### BUREAU

*Présidents* : M. le Docteur René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine), et M. le Docteur Ern. DE CRAENE, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

*Vice-Président* : M. le Docteur O. CROUZON, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris.

*Secrétaire général* : M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

*Secrétaire annuel* : M. le Professeur G. VERMEYLEN, de l'Université libre de Bruxelles.

*Trésorier* : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

### PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS (1)

Les Congressistes qui arriveront à Bruxelles le dimanche 21 juillet, sont cordialement invités par la *Société de Médecine mentale de Belgique* et par le Dr Ern. de CRAENE, à passer la soirée à la *Maison d'Art*, 185, Avenue Louise, à 20 heures 30 (trams 2, 3, 4).

### LUNDI 22 JUILLET

9 h. 45. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. le Ministre de la Justice, dans le grand hall de l'Université libre de Bruxelles, 50, avenue des Nations (entrée par la porte de la Tour) (Trams 2, 3, 4).

12 h. 30. — Le déjeuner pourra être pris au restaurant de la Société Universitaire Paul Héger, rue Paul-Héger. (Prix du déjeuner : 12 fr. 50, boissons comprises).

(1) N. B. — Nous publions à nouveau ce programme qui a été modifié depuis sa publication dans les *Informations* du numéro de mars 1935 des *Annales Médico-psychologiques*.

14 h. — 1<sup>er</sup> RAPPORT. — PSYCHIATRIE :

*L'hystérie et les fonctions psycho-motrices ; étude psycho-physiologique.*  
— Rapporteurs : M. le Docteur Henri BARUK, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin-Chef de la Maison Nationale de Santé de St-Maurice (Seine) (Grand Hall de l'Université).

17 h. 30. — *Réception* par M. le Recteur de l'Université, visite des locaux de l'Université libre de Bruxelles.

21 h. — *Soirée* offerte par M. le Ministre d'Etat, vice-président du Conseil des Ministres, et Mme Emile VANDERVELDE aux membres titulaires du Congrès (sur invitations) (tenue de soirée).

## MARDI 23 JUILLET

9 h. 15. — 2<sup>e</sup> RAPPORT. — NEUROLOGIE :

*L'hystérie et les fonctions diencephaliques ; étude neurologique.* — Rapporteur : M. le Docteur Ludo VAN BOGAERT, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles, Médecin des Hôpitaux d'Anvers. (Auditoire Bordet, Faculté de Médecine, 115, bd de Waterloo) (Trams 14, 15).

14 h. 15. — *Séance de Communications* (Auditoire Bordet, Faculté de Médecine).

17 h. 15. — *Visite de la Faculté de Médecine et du nouvel Hôpital Universitaire.*

## MERCREDI 24 JUILLET

9 h. 15. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE des Membres titulaires du Congrès (Auditoire Bordet, Faculté de Médecine).

N. B. — L'Assemblée générale du Congrès sera immédiatement suivie de l'Assemblée générale de l'Association amicale des Médecins des Etablissements d'Aliénés de France.

14 h. 30. — *Séance de présentations* dans l'auditoire du Service Universitaire de psychiatrie et visite de l'Institut de Psychiatrie (Hôpital Bruggmann, place A. Van Gehuchten) (Trams 16 et 88 ; durée du trajet à partir du centre de la ville : 35 minutes).

17 h. — *Visite libre de l'Exposition universelle.*

21 h. — *Visite à guichet fermé de l'Exposition d'Art ancien à l'Exposition universelle et internationale*, sous la conduite de M. LAMBOTTE, Directeur des Beaux-Arts. Réunion devant l'entrée de l'Exposition d'Art ancien à 20 h. 45 très précises.

## JEUDI 25 JUILLET

8 h. 30. — Départ pour l'Institut Salve Mater, à Lovenjoul (près Louvain). Stationnement des auto-cars : Faculté de Médecine, 115, bd de Waterloo (Trams 14, 15).

Les membres associés partiront par des cars spéciaux à 10 h. 30.

10 h. — *Séance de présentations* dans l'Auditoire de la Clinique universitaire de Psychiatrie.

11 h. 30. — *Visite de l'Institut Salve Mater.*

13 h. — *Banquet* offert par la *Direction générale des Rév. Sœurs de la Charité*.

16 h. — *Réception* de M. le Recteur de l'Université de Louvain et *visite de la Bibliothèque et des Halles de l'Université*.

17 h. 30. — Retour à Bruxelles. — Arrivée vers 18 h. 15. (Prix des transports : 35 fr. belges).

21 h. — *Réception* par M. le Bourgmestre de la Ville de Bruxelles et *Raout* à l'Hôtel de Ville de Bruxelles. (La tenue de soirée est de rigueur).

### VENDREDI 26 JUILLET

9 h. 15. — *Séance de Communications*. Auditoire Bordet, Faculté de Médecine. (Trams 14 et 15).

14 h. 15. — 3<sup>e</sup> RAPPORT. — MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE :

*Délinquance et criminalité de l'enfance*. — Rapporteurs : M. le Docteur G. HEUYER, Médecin des Hôpitaux de Paris et de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police, et M. le Docteur Paul VERVAECK, de Bruxelles, Médecin, Inspecteur-adjoint des Asiles et Colonies d'Aliénés du Royaume. Auditoire Bordet, Faculté de Médecine. (Trams 14 et 15).

21 h. — *Soirée* offerte par les Présidents et les membres du Congrès. (Le lieu de cette soirée sera indiqué ultérieurement).

### SAMEDI 27 JUILLET

9 h. 15. — *Séance de Communications*. Auditoire Bordet, Faculté de Médecine.

11 h. 30. — Départ pour Villers-la-Ville (stationnement des auto-cars devant la Faculté de Médecine).

12 h. 30. — Déjeuner à l'Hôtel des Ruines, à Villers-la-Ville.

14 h. — *Visite des ruines de l'Abbaye Cistercienne de Villers*.

15 h. 30. — Départ pour la Ferme-Ecole de Waterloo. Passage par le champ de bataille de Waterloo.

16 h. 30. — *Réception* par le Conseil provincial du Brabant et *visite de la Ferme Ecole de Waterloo*. (Prix de l'excursion à Villers-la-Ville et Waterloo, repas compris, 60 fr. belges).

19 h. 30. — Arrivée à Bruxelles.

### DIMANCHE 28 JUILLET

8 h. 30. — Départ pour la *Colonie de Gheel*. Stationnement des auto-cars. Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo. (Trams 14 et 15).

11 h. — Arrivée et *visite de l'Infirmierie de la Colonie*.

12 h. 30. — *Lunch* offert par la Colonie de Gheel.

15 h. — *Visite des placements familiaux de la Colonie*.

17 h. — Départ pour Bruxelles. Arrivée à Bruxelles vers 19 h. (Prix de l'excursion : 50 fr. belges).

### COMITE DES DAMES

Les membres associés sont invités par le Comité des Dames :

1) le MARDI 23 juillet, à une visite guidée des *Musées d'art ancien et moderne de Bruxelles*.

2) le MERCREDI 24 juillet, à une *visite de l'Exposition*.

3) le VENDREDI 26 juillet, à une *visite guidée du Musée du Cinquantenaire*.

Pour ces visites, s'inscrire au Secrétariat du Congrès, le lundi 22 juillet au plus tard.

### SECRETARIAT DU CONGRES

Le *Secrétariat* du Congrès se tiendra le lundi matin et le lundi après-midi dans une salle attenante au grand Hall de l'Université. Les autres jours il se tiendra à la Faculté de Médecine, Auditoire Jean-Slosse, 115, boulevard de Waterloo.

### ENTREE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE

L'entrée de l'Exposition Universelle et Internationale est *gratuite* pendant la durée du Congrès, pour les Membres titulaires et les Membres adhérents. Une carte spéciale de Congrès leur sera remise à cet effet. La gratuité d'entrée est également accordée aux épouses des porteurs de carte spéciale, lorsqu'elles accompagnent leur mari. Pour les autres membres de la famille des Congressistes, des cartes d'entrée peuvent être obtenues au tarif suivant :

- a) d'une validité de trois jours, au prix de 10 fr. belges ;
- b) d'une validité de sept jours, au prix de 20 fr. belges.

### INSCRIPTIONS AUX EXCURSIONS, RECEPTIONS, ETC.

Les membres du Congrès qui désirent participer aux excursions et assister aux réceptions, devront s'inscrire auprès de l'Agence *Exprinter*, Office central des Congrès, 26, avenue de l'Opéra, Paris, 1<sup>er</sup>.

Selon l'habitude des *réductions* ont été accordées par les *Chemins de fer* français (1) et belges et par la C<sup>ie</sup> *Air-France*, et des *excursions* (en Belgique et en Hollande) ont été prévues après le Congrès. S'adresser pour tous renseignements à l'Agence *Exprinter*.

### INSCRIPTIONS AU CONGRES

Les inscriptions sont reçues par le Dr VIGNAUD, *Trésorier*, 4, avenue d'Orléans, Paris, 14<sup>e</sup>, c.c. postal 456-30, Paris.

Les *membres titulaires de l'Association* versent une cotisation annuelle et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être Docteur en Médecine, présenté par deux membres de l'Association et être agréé par le Conseil d'Administration.

(1) *Chemins de fer français. Nouvelle réglementation.* — Les grands réseaux de chemins de fer français, tenant compte du caractère du Congrès, ont bien voulu accorder aux congressistes français et étrangers, traversant la France, ainsi qu'à leurs femmes, enfants, mineurs et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 40 0/0 (net d'impôt) pour se rendre au Congrès. Cette réduction est accordée sous forme de bon individuel permettant d'emprunter au retour un itinéraire différent de l'aller, mais ramenant obligatoirement le voyageur à la gare de départ et par le trajet direct. De plus, les permis seront établis pour une classe déterminée. Il y a donc lieu de l'indiquer sur le questionnaire joint au programme.

La *validité* de ces réductions est fixée du 19 juillet au 2 août 1935, inclus.

Il est possible de s'inscrire à la session comme *membre adhérent* sans faire partie de l'Association : la cotisation est de 80 francs. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session peuvent inscrire comme *membres associés* les membres de leur famille : la cotisation des membres associés est de 50 francs. Les membres associés ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais ils assistent aux réceptions et bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la XXXIX<sup>e</sup> session inscrits avant le 10 juin 1935, recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. COMBEMALE, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

### III<sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène Mentale.

La *Troisième Réunion Européenne d'Hygiène Mentale* se tiendra à Bruxelles les 20 et 21 juillet 1935 sous les auspices de la *Ligue nationale belge d'Hygiène mentale* au Dispensaire Central d'Hygiène Mentale (Centre de Santé), 1, rue Joseph Stallaert, Ixelles.

Président : D<sup>r</sup> Ernest DE CRAENE, agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Secrétaire Général : D<sup>r</sup> G. VERMEYLEN, professeur à l'Université libre de Bruxelles.

Les questions suivantes ont été choisies pour figurer à l'ordre du jour de cette session :

#### 1<sup>re</sup> L'assistance hétéro-familiale des malades mentaux :

Rapporteurs : M. le D<sup>r</sup> G. CORBERI, professeur à l'Université de Milan ; M. le D<sup>r</sup> F. SANO, médecin-directeur à la colonie de Gheel ; M. le D<sup>r</sup> J. VRIÉ, médecin-directeur de la colonie d'Ainay-le-Château.

#### 2<sup>e</sup> Punitions et contrainte dans la famille et à l'école :

Rapporteurs : M. le D<sup>r</sup> Heinrich MENG, de Bâle ; M. le D<sup>r</sup> CRICHTON-MILLER, médecin-chef de l'Institut de psychologie médicale, Londres.

#### 3<sup>e</sup> L'Hygiène Mentale et la Presse :

Rapporteurs : M. le D<sup>r</sup> O. L. FOREL, médecin en chef de « Les rives de Prangins », à Nyon ; M. le D<sup>r</sup> J. VAN DER SPEK, médecin-directeur de l'Institut psychiatrique « Maas oord », Rotterdam.

N. B. — Les adhésions doivent être adressées au Secrétaire Général (D<sup>r</sup> G. VERMEYLEN, 28, rue Saint-Bernard, à Bruxelles). Il n'y a pas de cotisation.

Il ne pourra être fait de communications, tout le temps étant occupé par l'exposition et la discussion des rapports. Les séances de travail commenceront le samedi 20 juillet à 14 h. 30 ; elles se continueront le dimanche 21 juillet à 9 heures.

---

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.







**V. MAGNAN (1835-1916)**



# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

---

## V. MAGNAN (1835-1916)

PAR

PAUL SÉRIEUX

Le XIX<sup>e</sup> siècle s'ouvre, pour l'historien de la psychiatrie, avec Pinel et avec Esquirol. Il se ferme avec V. Magnan. Ces trois grands noms, auxquels tant d'autres, dans le cours du siècle écoulé, pourraient être ajoutés, symbolisent l'œuvre inégalée des médecins aliénistes français de cette époque mémorable.

Les travaux du Maître illustre de qui, aujourd'hui, nous célébrons le centenaire, ne sauraient être assez exaltés. Clinicien avant tout, mais clinicien d'une pénétration incomparable, investigateur hardi dans tous les domaines de la pathologie mentale, Magnan a eu le rare privilège d'en agrandir l'étendue, d'en explorer et d'en délimiter les territoires variés et d'y faire régner un ordre souverain. Aux classifications symptomatiques, aussi simplistes qu'artificielles, il substitua des espèces nosologiques bien définies : son œuvre, par sa clarté, finit par s'imposer à ses contemporains. Il n'est point de question que Magnan n'ait abordée ; il n'en est point dont il n'ait renouvelé l'étude. Ses recherches sont marquées d'une empreinte qui demeurera.

Par son enseignement, par ses livres traduits en plusieurs langues, par ses élèves répandus dans le monde entier, le

savant médecin de l'asile Ste-Anne a contribué, pour une part éminente, au rayonnement scientifique de notre pays. Si le titre de Professeur lui a manqué, c'est qu'il ne suffisait pas, alors, pour l'obtenir, d'une maîtrise incontestée. Cette consécration officielle, d'autres en furent investis dont l'histoire de la psychiatrie n'a pas retenu les noms. Et quand, à l'étranger, on parlait du « Professeur » qui, à Ste-Anne, enseignait les maladies mentales, aucune équivoque n'était possible. Magnan fut ainsi, pendant près d'un demi-siècle, pour tous, nationaux et étrangers, le représentant de la psychiatrie française. Il l'est resté pour la postérité.

Que dire du réformateur, du philanthrope dont la compassion agissante fit tant pour améliorer le sort des aliénés ? Deux mots résumeront son œuvre de thérapeute : Magnan a soigné ses malades « avec amour et charité ». Certes, s'il y a aujourd'hui, dans nos services, moins de contrainte, plus de douceur, plus de souci du bien-être des psychopathes, c'est à Magnan, c'est à son persévérant apostolat qu'en revient le mérite.

Si les aliénés doivent beaucoup à Magnan, que ne lui doivent pas les aliénistes ? Grâce à lui, ils ont gagné en savoir et aussi en autorité. Ce n'est pas de ses seuls élèves qu'il fut l'éducateur : tous, nous sommes ses disciples, directs ou indirects. Rien ne démontre mieux la portée, enfin reconnue, de son œuvre et l'importance des études de pathologie mentale, que le nombre et la valeur de ceux qui s'intéressent actuellement à cette discipline. Quel changement d'attitude dans l'opinion médicale ! Jadis, dans maints milieux, on affectait d'ignorer la psychiatrie ; maintenant, on affecte de la savoir...

Que le souvenir de Magnan demeure toujours vivant en nous ! Il nous ennoblira. Il sera pour nous une « excitation à bien penser et à bien faire ». Honorer sa mémoire, ce n'est pas seulement célébrer une œuvre impérissable, ainsi que les services éminents rendus à la science, aux malades, au pays ; ce n'est pas seulement proposer aux jeunes générations un modèle digne d'être admiré et imité, c'est aussi, pour notre corporation, remplir un pieux devoir et s'acquitter d'une dette sacrée.

Paul SÉRIEUX.

# MÉMOIRES ORIGINAUX

---

MAGNAN

DANS SON SERVICE DE L'ADMISSION  
A L'ASILE SAINTE-ANNE

PAR

TH. SIMON

Bien peu d'entre nous aujourd'hui l'ont connu, et faire revivre la figure de Magnan n'est peut-être pas chose aisée. Pourtant, si l'œuvre est intéressante, l'homme qui la créa n'exerçait pas de son vivant un moindre attrait, et sa personnalité n'avait pas moins de puissance dans la vie journalière que dans ses ouvrages. Peut-on l'apercevoir à travers ces derniers ? Je me le demande. Et je voudrais d'abord essayer d'en tracer, tant avec mes souvenirs qu'avec ceux de personnes qui l'ont fréquenté, un portrait qui pût rendre compte de l'action qu'il a exercée.

## I

Contrairement à l'habitude de commémorations telles que celle d'aujourd'hui je ne ferai donc pas un panégyrique. Outre que des compliments ne sont guère dans ma manière, je pense qu'il y a mieux à faire qu'à louer un homme illustre, dont la gloire ne peut être en rien contestée, c'est de nous efforcer de le comprendre, c'est d'analyser les raisons que nous pouvons apercevoir de sa valeur et de son influence.

Je ne crois pas me tromper en affirmant que celle de Magnan résidait avant tout dans son caractère. Il n'avait ni la facilité éblouissante d'un Dieulafoy, ni la verve pittoresque d'un Bris-

saud, ni leur aisance d'exposition ; il ne présentait guère de ces saillies originales qui plaisent aux jeunes ; il ne savait pas jouer de quelques apparences superficielles qui, montées en épingles, ont peut-être de l'éclat un peu frelaté, mais de l'éclat tout de même ; non, plutôt même, je crois, apparaissait-il silencieux, bien qu'il y eût dans sa conversation, et surtout dans son regard, plus de malice qu'on n'en trouve dans ses écrits. Ceux-ci contiennent plus de considérations abstraites que d'anecdotes. Je n'ai jamais assisté à une leçon de lui, mais je l'imagine plus convaincu et plus solide que brillant ; un peu lent peut-être aussi. Il voyait surtout en profondeur. Un long travail de réflexion et de recherche précédait l'expression de sa pensée. Il peinait sur la forme parce qu'il la voulait adéquate. Et si l'on rencontre assez souvent, dans les œuvres qu'il a publiées, des répétitions textuelles, c'est, je pense, qu'il avait aussi quelque difficulté à modifier les moules où il avait enfin réussi à enfermer ses idées.

Il prenait d'ailleurs la vie au sérieux, il l'envisageait avec gravité ; il n'avait pas ce scepticisme ironique si à la mode aujourd'hui, dilettantisme non sans élégance mais qui fait tout admettre, et laisse tout passer, sous prétexte de compréhension. Lui, ne laissait que peu de place à la fantaisie. Il croyait à la vérité. Il exposait avec autorité les conclusions auxquelles il avait abouti, toujours soucieux d'agir, et ardent à faire plier à sa volonté les obstacles que pouvaient rencontrer ses convictions ou la marche de ses desseins.

Peut-être, à cause de cela même, son caractère n'a-t-il pas laissé dans les souvenirs de tous un sentiment toujours agréable. Très dur pour lui-même, assez âpre, n'ayant conquis sa situation qu'à force d'énergie et d'opiniâtreté, outre qu'il exigeait autant des autres, peut-être en avait-il conçu sur lui-même une opinion qu'il n'eût pas aimé voir contester. Il savait en effet ce qu'il valait. Il en avait l'orgueil. Et il en avait l'ambition. C'était un lutteur, mais un lutteur suffisamment sûr de sa force pour n'avoir pas besoin de recourir à des moyens, je ne dirai pas seulement déloyaux, mais même seulement à côté. Il avait toute la finesse nécessaire pour juger de la faiblesse de ses rivaux, mais il rusait peu ; il fonçait plutôt, après avoir d'ailleurs soigneusement préparé son terrain.

Dans ce désir d'une supériorité sans doute les psychanalystes d'aujourd'hui verraient-ils une revanche de l'infériorité physique qu'il gardait d'un accident de l'enfance sous forme d'un trouble de la marche, et une sorte de compensation volontaire à cette demi-infirmité. Et, de fait, son énergie était telle, telle la flamme de son visage, qu'on ne remarquait point autre chose.

Il semblait, au reste, qu'il y eût ainsi en lui des attitudes toutes différentes selon qu'on avait à faire à l'homme privé, au savant, au fonctionnaire ayant la responsabilité d'un service, ou bien au médecin s'adressant à un aliéné.

Savant, il aimait que des étrangers vinsent assister à sa visite. Il en était flatté, et la transformation de son attitude dans ces circonstances était curieuse à observer. Un public l'excitait. Il se dépensait pour plaire.

Fonctionnaire, il estimait nécessaire une certaine rigidité. Il payait d'exemple. Mais également avait-il conservé une sévérité assez brusque, et tenait-il, de ses convictions mêmes, une certaine violence, que l'évolution qui s'est opérée dans les mœurs nous rend encore plus sensible. Seulement, si notre indulgence actuelle rend à certains égards la vie journalière plus facile, il faut bien aussi reconnaître qu'il y a des bénéfices qu'elle empêche d'acquérir ; et, par son autorité et sa vigueur. Magnan avait obtenu dans son service la disparition de toute contention, ce qui ne représente pas seulement une action sur le personnel infirmier, mais également une action sur la personnalité si fuyante qu'est l'Administration pour qu'elle consente aux moyens indispensables. Tout cela est lié, et je ne suis pas sûr que les avantages d'un caractère obstiné ne l'emportent pas sur ses inconvénients. Ceux-ci n'ont qu'un effet passager sur les hommes qui viennent en conflit avec lui, tandis que ses conséquences ont quelque chose de durable.

A l'égard du malade, enfin, Magnan avait au contraire un tout autre maintien. Son ton immédiatement se faisait affectueux et ses gestes perdaient toute brusquerie ; sa patience devenait inlassable ; il ne commandait plus ; il apaisait, ou bien il trouvait les mots qui relevaient ; il avait, aux moindres désirs du malade, une complaisance qui quelquefois même nous paraissait excessive ; de toute sa personne émanait alors un rayonnement de sympathie. C'est là qu'il fallait le voir, dans ce cadre de l'Admission, soit assis auprès d'une maniaque, s'amusant à ses réparties, soit mieux encore dans la salle assez nue qui lui servait de bureau : assis derrière une table de marbre scellée au sol et recouverte d'un modeste tapis de reps vert, lui-même sur une chaise banale, sans fauteuil, tourné vers le malade placé à sa gauche, il l'interpellait avec douceur et sourire ; et nous étions souvent surpris de le voir directement attaquer le point précis qui convenait, et, tombant ainsi d'emblée dans les préoccupations du malade, obtenir des confidences, des aveux, des idées mystiques..., que rien ne nous faisait pressentir.

## II

C'est avec ces qualités et ces défauts qu'à trente ans, c'est-à-dire en pleine vigueur, Magnan entra à ce service de l'Admission, où il devait tenir presque jusqu'à la veille de sa mort.

Il m'a dit quelquefois quelle chance fut ainsi la sienne. Car il se rendait exactement compte de ce que ce fait exceptionnel de devenir à trente ans le chef d'un service tel que l'Admission avait joué dans sa formation. Il ne fut d'ailleurs chargé d'emblée que du service des hommes ; il partagea assez longtemps avec Bouchereau la répartition ; il pouvait ainsi consacrer plus de temps à l'examen des malades qui défilaient chaque jour devant ses yeux, et c'est vers 1885 seulement qu'il fut chargé de l'ensemble du service.

Le premier certificat que nous ayons de lui est du 21 septembre 1867. Il est écrit d'une écriture ferme, un peu épaisse, qui, sauf le tremblement des dernières années, se retrouve toujours semblable à elle-même. La signature est précédée de la mention « pour l'inspecteur général et par délégation », et son nom de l'abréviation habituelle D', à laquelle, pourtant, Magnan renonça très vite.

Combien il serait intéressant, en relisant les certificats rédigés par Magnan, de pouvoir suivre les progrès de sa pensée et les tâtonnements successifs par lesquels il était arrivé à la classification selon laquelle il distribuait les cas de tous les jours quand nous sommes entrés dans son service aux environs de 1900 ! Etrange époque. Nous sommes restés à ses côtés de 1900 à 1907, et ainsi nous sommes-nous trouvés, d'une part, à un moment où Magnan avait sur l'aliénation une conception d'ensemble, une orientation générale qu'il n'appliquait pas sans quelque rigidité ; mais, d'autre part, c'était aussi le temps où le génie de Kræpelin était en pleine ascension, où les idées de Magnan, par suite, commençaient à être battues en brèche par ses élèves même, en sorte qu'il nous arrivait de recueillir de lui, avec un peu d'amertume parfois, les objections qu'il apercevait aux théories naissantes.

A cette époque donc, de sa part, une vue générale dont les grandes lignes apparaissaient avec une simplicité si limpide qu'en dépit des attaques portées, et, disons même, si l'on veut, des conquêtes de détail, elles sont restées la trame sur laquelle on construit.

D'un côté *les aliénations avec un substratum organique connu*, avec des signes neurologiques tels, ou une notion telle de l'étiolo-



logie, que le diagnostic en est assuré. Et puis, en contraste, *la folie proprement dite*, où des symptômes mentaux, quelque hypothèse qu'on puisse émettre, semblent à peu près seuls exister. Dans un service tel que l'Admission, où les malades défilent à une cadence qui n'a fait que croître au fur et à mesure des années, — service où d'autre part les diagnostics portés sont contrôlés par des collègues dont quelques-uns étaient plus disposés à la critique qu'à l'indulgence — il y a là, entre le groupe des cas organiques et le groupe des cas purement mentaux, un départ fort important. J'ai toujours vu Magnan s'y attacher avec un soin particulier.

Et puis, bien entendu, dans le groupe des folies organiques, toute une série de catégories. Je n'y insiste pas pour en reprendre la liste qu'on ne discuterait plus guère aujourd'hui, mais parce qu'à l'occasion de ces folies organiques se manifeste, il me semble, l'une des qualités cliniques les plus saillantes de Magnan, et, aussi bien, à l'Admission, l'un des aspects de la clinique les plus nécessaires. Aujourd'hui nous apprécions peut-être moins cette conquête clinique parce que nous n'avons plus qu'à en cueillir les fruits ; mais, en 1867, 1870, 1880..., bref tant que l'enseignement de Magnan n'avait pas éclairé le fouillis des cas journaliers, c'était chose nouvelle que d'y fixer des repères. Or la méthode de Magnan est précisément de découvrir et de dégager, sous la multiplicité des apparences, *les traits essentiels et constants*. Cela donnera peut-être à son enseignement fait au lit du malade, au hasard des matinées, quelque chose d'un peu schématique, mais ces repères fourniront le fil d'Ariane indispensable.

Et ce n'est point seulement les signes physiques cardinaux sur lesquels Magnan insiste ainsi : accroc de la parole ou signes pupillaires pour la paralysie générale ; signes de localisation des démences artériopathiques ; tremblement des mains ou crampes des alcooliques ; morsures de la langue ou incontinence des épileptiques..., ce ne sont point seulement ces symptômes qu'il recherche méthodiquement, opiniâtement, jusqu'à certitude de leur existence ou non, c'est également l'état mental des malades qu'il s'efforce de caractériser. L'inconscience des épileptiques, les troubles du sommeil de l'alcoolisme, l'affaiblissement intellectuel si particulier des lésions cérébrales circonscrites..., voilà les éléments qu'il exige pour un diagnostic.

Où il triomphait dans ce sens, c'était lorsqu'il s'agissait de *paralysie générale*. On ne disposait pas alors de la ponction lombaire. On était réduit aux seuls signes cliniques. Les hésitations étaient

nombreuses. Magnan apportait une sorte d'amour-propre à se prononcer, tout en craignant les démentis qu'une évolution à l'époque fatalement progressive risquait de lui apporter. Ses examens et ses certificats de paralysie générale étaient indiscutablement parmi les plus soignés. L'interrogatoire était curieux à suivre. Il paraissait sans plan défini. C'était une conversation sur le mode de vie du malade ou même au hasard des sujets les plus divers. Le thème général n'était point un délire. L'entourage pouvait se demander à quoi voulait aboutir cette causerie prolongée. On s'étonnait, après quelques minutes à la table habituelle, de la voir se poursuivre debout, Magnan tournant le dos à la fenêtre et tenant son sujet face à lui, en pleine lumière, l'interrogeant des yeux autant que par la parole, tandis qu'il plaçait devant la partie inférieure de son visage la feuille d'observation où de temps en temps il notait quelques mots. Je le vois encore ainsi dans cette attitude familière, et nous, ses internes, nous le trouvions très long. C'est qu'il cherchait obstinément, et l'accroc, souvent très rare dans ces périodes de début, et ces *achoppements du jugement* dont on ne peut pas davantage prévoir quand ils se produiront, mais si démonstratifs lorsqu'on les rencontre. Il n'est pas un de ses élèves qui n'ait par la suite senti ce qu'ils apprenaient à ce spectacle. Et seuls, je crois bien, ses élèves participaient de son flair lorsqu'il s'agissait de dépister une paralysie générale tant soit peu fruste. Je m'imaginais alors que cela était classique, que cela était banal. Tous les livres ne parlaient-ils point de l'affaiblissement global comme caractérisant la démence paralytique ? Eh oui, mais l'appréciation clinique de cet affaiblissement, voici ce qu'apprenait la fréquentation d'un clinicien tel qu'était Magnan. Il m'arriva à l'époque de lire précisément le chapitre consacré par Kræpelin dans son traité à la paralysie générale, dont le diagnostic était sans doute aucun à cette époque, je le répète, la pierre de touche de l'aliéniste, et c'est peut-être ce qui m'a fait le mieux comprendre le contraste entre les deux hommes et la supériorité de Magnan.

Cette supériorité de Magnan nous allons la retrouver même dans les parties de l'aliénation où l'apport de Kræpelin est cependant incontestable. Vésanies, aliénation proprement dite, plus de signes organiques, plus de ces béquilles qui soutiennent notre marche hésitante, et aujourd'hui encore point de ponction lombaire qui vienne à notre secours. De l'excitation, du bavardage, des rires, des chants, des grimaces ou bien de l'inertie, du mutisme et des larmes, des troubles sensoriels, des illusions, des idées tristes, des idées de grandeur et surtout de persécution, du

logique, ou du décousu ...et, pour tout dire, *des humeurs ou des mots*. Rien d'autre. Chez des hommes ou des femmes, dont l'origine, dont la culture nuance en outre ces symptômes de la façon la plus diverse et la plus individuelle. Comment donc s'orienter? Qu'on ouvre un traité de cette époque, et mieux encore, qu'on fréquente quelque temps ce cinématographe incessant qu'est l'Admission de l'Asile Clinique, et l'on sentira le vertige.

A la vérité, on peut se passer de classer, de distribuer en espèces et variétés ces cas multiples qui défilent. On peut soutenir que chaque cas est particulier. On peut le dire et l'on a raison par quelque côté de le dire. Mais on y a aussi un peu de malaise. On y a du malaise parce que malgré soi on éprouve de temps en temps un sentiment des analogies; malgré soi des rapprochements se font; et le besoin naît et grandit, impérieux, de préciser ces ressemblances, et bref, d'établir des types et d'essayer une nosologie. Assez souvent, trop souvent même à mon gré, à mes internes, qui m'interrogent sur tel ou tel cas, je réponds: je ne sais pas ce que c'est...; et cette case, je vous assure, est largement remplie. Eh bien, un esprit tel que celui de Magnan ne peut se contenter de pareille réponse. Un esprit tel que celui de Magnan ne peut que se colleter avec la réalité, et, dût-il se tromper, il se doit de la vaincre puisqu'elle est précisément la difficulté.

Or, d'emblée, une première coupure. Magnan met de côté d'abord les formes simples, je veux dire celles où l'unité est telle que nous n'avons pas généralement de peine à la reconnaître, et formes pour lesquelles nous sommes habituellement d'accord entre nous. Quelques excitations maniaques tout à fait classiques, avec humeur mobile mais surtout gaie ou coléreuse, plaisanteries ou grossièretés, énonciations délirantes superficielles...; quelques mélancolies dépressives ou anxieuses, avec ou sans leur délire si particulier d'indignité, d'auto-accusation, d'inquiétude pour l'avenir. Mais, je le répète, les tableaux schématiques seulement, afin que nous ayons vraiment un maximum de sécurité. Nous aurons une seconde garantie, et plus valable, lorsqu'à la constatation des troubles s'ajoutera la connaissance d'accès antérieurs, semblables ou opposés, et lorsque le malade aura présenté entre eux des intervalles réguliers de retour à la santé et à une vie normale. Plus tard, à ces cas typiques s'agglutineront peut-être, à la faveur de cet élément de périodicité, des formes que nous n'aurions pas d'abord classées dans ce groupe; mais ce sera là un progrès de notre expérience clinique.

Parmi les formes simples admises par Magnan, l'une des plus

discutées, l'une des moins admises fut son *délire chronique*. Ne représente-t-il pas, en effet, une construction artificielle ? Lorsqu'on interroge aujourd'hui quelque aliéniste que ce soit, c'est l'opinion à peu près unanime qu'on recueille. Je continue pourtant à me demander si elle est exacte. En effet, si ces malades entrent à l'asile dans la première phase de leur maladie, ce qui est rare, ils offrent un aspect sombre et déprimé qui ne correspond guère à l'attitude habituelle du persécuté. Or, pensera-t-on plus tard à rapprocher cette première impression de leur nouvel état ? D'autre part, ces malades ne sont-ils internés qu'à une phase plus avancée et en plein délire de persécution, en fixer le début, et la forme, exige un interrogatoire long et serré, très long surtout. Si l'on a de ces cas une conception différente de celle de Magnan, on ne recherchera donc pas ce début avec la méthode qui permet seule de le découvrir. Personnellement j'ai la conviction qu'un certain nombre au moins de délires de persécution présentent d'une façon quasi-schématique l'évolution de début indiquée par Magnan. L'aboutissement à une phase de grandeur n'est guère douteux non plus, encore que plus on voit le malade à une période avancée, plus le diagnostic par voie rétrospective devient suspect. Et je crains que, dans le même sens, en décrivant à ce délire une période de démence, en prétendant aussi qu'il englobe les cas anciens de possession ou de lycanthropie, de théomanie ou d'invention..., Magnan n'ait cédé à une vue théorique, et à cette tendance trop habituelle, surtout à son époque, de vouloir attribuer à des cadres nouveaux des observations d'antan grossièrement analogues, au lieu de limiter son effort à la seule réalité présente, déjà si difficile à pénétrer. Mais du moins voyons-nous là, avec une faiblesse de méthode, avec cette facilité de plier les faits à sa conception plutôt que de contrôler celle-ci par la répétition des observations journalières, du moins voyons-nous là un principe nouveau : à savoir que l'évolution était l'élément essentiel de la nosologie et que c'était ce principe qu'il fallait s'efforcer d'appliquer en aliénation comme ailleurs.

Qu'avons-nous d'ailleurs substitué à cette entité que nous refusons d'admettre ? La psychose hallucinatoire chronique ? la paranoïa ? Mais, par la première, nous retombons dans une de ces descriptions symptomatiques qui paraissent plus aisées à reconnaître, mais qui sont peut-être davantage des syndromes que des affections mentales proprement dites. La psychose hallucinatoire chronique remet au premier plan la systématisation du délire, mais en abandonnant cette notion d'une évolution systématique proclamée par Magnan avec tant de force... Et quant

à la paranoïa, elle sous-entend, antérieurement à la maladie, un caractère particulier, avec tendance constitutionnelle à l'orgueil comme à prendre les choses de travers, et tel que Magnan, croyons-nous, aurait apparenté plutôt des cas de ce genre à son autre groupe vésanique, à savoir à la dégénérescence mentale.

### III

*La dégénérescence mentale*, voilà à quoi le nom de Magnan est principalement attaché, plus encore, chose curieuse, que n'y est associé le nom de Morel, qui a cependant écrit sur les dégénérescences le premier ouvrage capital. A présenter les choses comme je l'ai fait aujourd'hui il pourrait sembler que le groupe des malades appelés à figurer dans la dégénérescence mentale ne fût déterminé que par élimination et qu'il comprît un peu pêle-mêle toutes les formes de vésanies ne relevant ni de la manie-mélancolie, ni du délire de persécution à évolution systématique. Et c'est bien un peu cela et un côté faible de cette classification. Mais c'est aussi autre chose, et quelque chose qui, à côté de parties insuffisantes ou vieilles, conserve une force singulière.

Plusieurs idées convergent autour de cette notion. La première, qui ne paraît pas toujours avoir été comprise, est celle de l'origine héréditaire des troubles dégénératifs. L'objection qu'on y a faite est la fréquence des hérédités dans les formes simples de la folie et par exemple dans les cas de folie maniaque-dépressive. Magnan a-t-il donc prétendu que l'hérédité n'intervenait que dans les cas de dégénérescence mentale ? Il a soutenu seulement qu'elle représentait dans ces cas un élément de tout premier plan, et qu'elle s'y présentait aussi avec des caractères particuliers. L'hérédité de la dégénérescence n'est pas celle des autres folies. Dans la folie maniaque-dépressive on relèverait principalement des cas d'hérédité similaire. A l'origine de la dégénérescence l'hérédité est beaucoup plus variée, et, par exemple, l'alcoolisme des parents en serait une cause fréquente. Enfin, il n'y a pas non plus de constance dans la forme héritée. Pour nos collègues de province qui ont souvent en traitement deux ou même trois générations d'une même famille, ces faits ne peuvent manquer de faire impression.

En dehors de cette origine Magnan admettait d'ailleurs le mécanisme d'une atteinte infectieuse. Et en cela, j'avoue qu'on trouvera, selon sa tournure d'esprit, soit encore une faiblesse du système, soit un complément ingénieux. Personnellement j'inclinerais à y voir une confusion fâcheuse. Mais cela nous amène

alors à examiner pourquoi Magnan la commet, pourquoi il place dans un même groupe des cas dont l'origine est aussi différente.

C'est que l'idée principale qui a présidé à la composition du groupe n'est pas celle de l'hérédité. Deux autres facteurs ont joué : le polymorphisme des manifestations, leur caractère atypique comparé à celles de l'autre groupe vésanique, et surtout la persistance, en dehors même des accidents bruyants et susceptibles de provoquer l'internement, la constance chez ces malades d'une sorte d'instabilité foncière, que traduit assez bien le mot déséquilibre.

Le polymorphisme des manifestations n'est pas seulement dans leur nature, dans la variété des idées délirantes, il se rencontre aussi dans leur évolution : le mode d'éclosion est plus ou moins soudain, les accès successifs ne se ressemblent pas ; tantôt le désordre ne constitue qu'une bouffée, tantôt il se prolonge sous une forme chronique ; tantôt l'intégrité intellectuelle se maintient en dépit des accidents hallucinatoires et délirants, tantôt ceux-ci entraînent une démence plus ou moins rapide. Ce qui relie ces états c'est qu'un même malade peut les présenter dans un ordre quelconque.

Et, la raison enfin de ce polymorphisme, c'est le fond mental qui les sous-tend, fond mental fait d'émotivité, de tendance aux idées fixes, de réactions impulsives..., déséquilibre qui peut en effet être alors constitutionnel ou acquis, selon que c'est l'hérédité ou une infection qui aura altéré les centres nerveux.

Car Magnan, essentiellement organiciste — et ne faisant à la psychologie qu'une part infime — et c'est le dernier caractère de sa doctrine — imagine un peu naïvement, transpose en termes anatomiques ce déséquilibre de caractère et de réactions, et, partisan résolu des centres et des localisations, joue de la prédominance des uns, de l'éréthisme des autres, des influences modératrices, inhibitrices des uns sur les autres.

Comme pour le délire de persécution nous nous retrouvons donc devant une construction logique, et d'ailleurs séduisante, mais à mon sens cependant, telle que j'en puis juger aujourd'hui, trop complète et je dirais trop parfaite. Seulement elle n'est pas sans grandeur, car elle ne s'arrête pas à toute cette poussière de symptômes qui embarrasse la clinique journalière. Elle domine les faits. Elle les interprète. Et par là elle en opère un classement particulier.

C'est en 1885 que le mot de dégénérescence, sous l'acceptation que nous venons de lui donner, apparaît dans les rapports annuels de Magnan. Jusque-là, la rubrique dégénérescence

n'englobait dans les statistiques de l'Admission que les arriérations dont le seul retard intellectuel semblait justifier l'internement. A partir de 1885, outre les cas d'arriération, Magnan embrasse sous le mot de dégénérescence une série d'autres troubles.

En feuilletant les certificats établis on peut suivre comment se fait la transformation. Avant les mots dégénérescence mentale ce sont les mots dégénérescence intellectuelle qui apparaissent, et d'abord on ne les rencontre que pour des malades chez qui obsessions et impulsions constituent une part importante des troubles ; et puis voici sous la même rubrique des délires de tous les jours.

Il est alors curieux de voir aux dépens de quels éléments antérieurs des statistiques de l'Admission se constitue le nouveau cadre. En 1885 le nombre des délires de persécution baisse d'une façon considérable. Baisse également la fréquence des états d'excitation et de dépression, tandis que s'enfle la rubrique de la débilité mentale, et qu'apparaît une catégorie de dégénérés que Magnan qualifie, à l'époque, de dégénérés supérieurs.

Quels malades Magnan arrive-t-il donc ainsi à réunir ? — Le terme désigne aussi bien les débilités morales, les troubles du caractère que les arriérations intellectuelles ; il établit ainsi un pont entre la délinquance ou la criminalité et l'aliénation. — Il en établit un autre, par l'intermédiaire des impulsions, et le mot dégénérescence embrasse toutes les folies avec conscience, qu'il s'agisse d'épisodes obsessionnels simples, de phobies accidentelles, ou de ces tableaux cliniques complets, tels que la folie du doute. — Le terme désigne encore les délires à forme d'idée fixe comme les folies amoureuses, les délires de revendication ou certaines idées de persécution. — Le mot dégénérescence mentale embrasse enfin tous les troubles mentaux atypiques, états d'excitation, mélancoliques, hallucinatoires ou délirants dans lesquels Magnan croit reconnaître des mécanismes plus ou moins analogues à ceux des désordres précédents, c'est-à-dire notamment des phénomènes d'obsession, de phobie ou d'idée fixe, qu'on va bientôt étiqueter stéréotypies, arrêts, manières, discordances...

La dégénérescence apparente tous ces états. Elle en marque les points de contact, les transitions plus que les différences. Elle rapproche par analogies, l'obsession étant l'éréthisme d'un centre comme la débilité est l'absence de développement d'un autre, et les bizarreries apparaissant comme une combinaison d'obsessions ou de tics... Mais elle rapproche aussi par l'affirmation que

fait Magnan de la succession de ces désordres chez un même individu au cours de sa vie ou chez les membres d'une même famille. Ces liens que la théorie établit, c'est là, en fait, une première originalité de la doctrine de la dégénérescence.

L'examine-t-on d'une façon plus profonde, on lui en découvre une seconde. La théorie de la dégénérescence pose en effet le problème des troubles mentaux sous un angle singulier, et c'est à savoir celui-ci. De la forme sous laquelle ils se présentent, elle fait la conséquence, non pas des circonstances qui interviennent pour les faire éclore, mais d'un état antérieur de l'organisme, d'une constitution apportée par l'hérédité ou d'une modification subie par lui sous l'effet de causes infectieuses. La paralysie générale a son affaiblissement propre ; l'alcoolisme, son onirisme personnel ; la folie intermittente, le délire chronique, leur marche fatale ; la dégénérescence, elle, est une aptitude spéciale, à délirer... Et ceci en étend encore le domaine. Que des causes banales interviennent sur un sujet prédisposé, que paralysie générale ou alcoolisme se développent chez un tel sujet, et les troubles mentaux qui surgissent chez lui revêtent une allure atypique. C'est que traumatisme, infection, choc moral, syphilis ou alcool, ne sont plus alors que l'occasion qui libère une aliénation, laquelle existait en puissance ; puerpéralité, syphilis ou alcool ne sont plus que des circonstances accessoires à la faveur desquelles la dégénérescence jusque-là latente apparaît.

Il semble vraiment qu'on comprenne, et que l'aliénation s'éclaire. Formes classiques exceptées, ne deviennent fous que des prédestinés, que les sujets marqués de certains stigmates et accablés de tares, ou ancestrales, ou acquises.

On crut à la dégénérescence pendant vingt ans. Pendant vingt ans, la doctrine s'affirma sans contestation sérieuse. J'eus l'étrange fortune d'être l'assistant de Magnan quand se produisit l'attaque la plus vive, la plus dangereuse aussi, celle qui fut menée au nom de la démence précoce de Kræpelin avec ses trois formes : hétérophrénique, catatonique et paranoïde.

C'était bien la plus formidable machine de guerre qu'on pût voir. La méthode de Kræpelin n'est pas celle de Magnan. Autant celle-ci est abstraite, autant Kræpelin accumule signe après signe, détail après détail. Il dresse de ses malades l'inventaire le plus minutieux. Leurs attitudes, leurs gestes, la moindre grimace de leur visage sont enregistrées et décrites, et nul doute, je crois, que notre analyse des aliénés ait beaucoup progressé sous cette influence. De la plupart des symptômes relevés par lui



Kræpelin donne aussi une interprétation personnelle, une interprétation très différente également de celle de l'école française, qui a toujours fait jouer aux troubles sensoriels et au désordre des idées un rôle essentiel. Selon Kræpelin, au contraire, négativisme, stéréotypies, manières traduisent avant tout le vide de la pensée. Et, conclusion de cette conception, qui, en dépit de ses bases objectives, contient, elle aussi, une construction de l'esprit, les tableaux cliniques dont il est question engageraient l'avenir, signeraient en quelque sorte l'incurabilité des troubles. Ainsi Magnan semble battu sur son propre terrain, celui de l'évolution.

Oh, sans doute, la dégénérescence n'est pas tout entière remplacée. Mais elle est fragmentée. Des blocs entiers s'en détachent. Déjà avec Janet, sous le nom de psychasthénie, la folie avec conscience aspirait à l'indépendance. Cette fois, ce sont les troubles mentaux les plus ingénieusement liés par Magnan à une origine dégénérative, qui réclament une vie à part.

Magnan marqua le coup. Mais on ne peut dire qu'il répondit. Il se tint farouchement sur ses positions. Sûr de lui, il pensait n'avoir qu'à attendre que passât la mode de la démence précoce. Il a l'amertume de voir ses meilleurs élèves accueillir ces idées nouvelles. Il essaie de les retenir sur la pente qui les entraîne. Et sans doute son amour-propre y apporte trop d'intransigeance. Mais c'est qu'aussi son expérience souffrait de les voir s'engager sur une voie qu'il estimait fausse.

Aujourd'hui la démence précoce est devenue en grande partie la schizophrénie. Or la schizophrénie est probablement plus près de la dégénérescence mentale que ne l'était la démence précoce. Elle n'est pas loin d'avoir une extension égale. A un état démentiel elle a substitué un autisme qui ressemble furieusement à l'idéation intérieure que l'école française supposait à ses malades, autisme et idéation intérieure qui apparentent en outre la schizophrénie aux psychasthénies, de la même manière que Magnan apparente les délires des dégénérés aux obsessions et aux phobies. Et voici enfin que Kretschmer, reprenant l'étude des corrélations physiques, décrit aux schizophrènes une dysmorphie qui rappelle les stigmates physiques de la dégénérescence.

La dégénérescence va-t-elle donc revivre ? Je ne le pense pas. Non remplacée elle est malgré tout dépassée aujourd'hui. Mais elle ne peut non plus mourir tout entière. Non plus que la démence précoce, non plus que la schizophrénie. Schizophrénie, démence précoce, dégénérescence, c'est l'aliénation vue à travers trois tempéraments différents, vérités partielles, étapes d'attente vers la solution finale, que probablement une découverte autre que nos moyens actuels d'examen sera seule apte à nous apporter.

Je m'excuse d'avoir fait passer devant vous toute l'aliénation dans un trop rapide raccourci, mais c'est que précisément Magnan et l'Admission, c'est l'aliénation tout entière. Ce n'est pas un fragment, c'est l'ensemble. Ce n'est pas étude de détails, c'est une fresque. Quand on situe Magnan, comme l'a fait Sérieux, au milieu de ses contemporains, on constate avec surprise qu'il n'a peut-être rien découvert : la paralysie générale, c'est Bayle, Baillarger, les Falret ; l'alcoolisme, c'est Huss et Marcé ; l'épilepsie, c'est Delasiauve, Voisin peut-être aussi ; le délire des persécutions, c'est Lasègue et Legrand du Saulle, et Falret encore ; et Falret encore et Baillarger pour ce qui est de la folie périodique ; les psychoses avec conscience, c'est Trélat ; la dégénérescence, c'est Morel, et les stigmates de la dégénérescence rappellent ceux de l'hystérie et rappellent Charcot, et la conception que Magnan expose de la dégénérescence n'est pas sans analogie avec l'arthritisme de Lancereaux et de Bouchard. Seulement Magnan a pénétré chaque affection de son regard acéré ; il a marqué chaque trait de sa griffe puissante, et il a enfin tout mis à sa place. C'est la victoire du travail et de l'obstination.

De cette obstination de Magnan, Messieurs, je ne donnerai plus qu'un dernier exemple, son optimisme impénitent. Peut-être bien le pronostic fatal qu'impliquait le terme démence précoce était-il ce qui le heurtait le plus. C'était contre lui que je le voyais le plus souvent s'élever. Aucun des signes invoqués ne lui paraissait justifier la condamnation portée en leur nom. Refusant de s'y arrêter il ne fixait son attention que sur les lueurs susceptibles d'apparaître, si fugitives qu'elles puissent être. Tant que se manifestait un peu d'activité normale, tant qu'il obtenait du malade quelques réponses intelligentes, il voulait qu'on travaillât à attiser ces flammes vacillantes... Comme l'a fait un jour pour notre France contre l'ennemi son ami d'enfance et de toujours, Georges Clémenceau, lui aussi défendait le terrain pied à pied. Il dressait sa volonté entêtée contre la maladie. De cette résolution de ne jamais désespérer d'eux, les malades, d'ailleurs, et leur entourage lui étaient reconnaissants, — et cette ténacité de sa part était encore une leçon.

---

# L'ŒUVRE ANATOMO-CLINIQUE DE MAGNAN

PAR

P. GUIRAUD

Magnan a été surtout un grand clinicien. Tous ceux qui ont été ses élèves, et ils sont encore heureusement nombreux; tous ceux qui l'ont connu se le représentent volontiers examinant les entrants au cours de sa visite ou exposant un cas intéressant devant une société savante. Quand sur le mur même du pavillon de l'Admission à Sainte-Anne, qu'il a si brillamment illustré, on a voulu élever un monument à sa mémoire, l'artiste l'a figuré se penchant avec douceur vers le lit d'une malade. Cette scène symbolise bien l'essentiel de ce que fut Magnan, mais elle ne l'évoque pas tout entier.

Magnan a étendu son activité à toute la science psychiatrique. Il a été un anatomo-pathologiste fécond et a apporté à cette partie de notre science une importante contribution que le temps a laissé intacte. Les recherches anatomiques et biologiques n'étaient pas considérées par lui comme une activité en quelque sorte accessoire, tendant seulement à satisfaire le scrupule d'être complet dans l'étude des maladies mentales. Magnan était vraiment médecin dans toute la compréhension du terme. Dans ses exposés de titres scientifiques, il rappelle qu'il a été Vice-Président de la Société de Biologie et qu'il est membre de la Société Anatomique et de la Société de Micrographie en même temps que membre de la Société Médico-Psychologique.

La psychiatrie est une science vaste aux aspects multiples, qui attire également des esprits à tendance bien différente. Certains sont intéressés surtout par l'enchaînement psychologique des symptômes observés, par l'aspect philosophique de l'aliénation mentale; ils étudient les malades, édifient leurs théories comme si le corps humain et le système nerveux n'existaient pas.

Reconnaissons cependant que ce reproche ne peut pas être adressé à la psychiatrie française qui, depuis le début, est res-

tée si attachée à la médecine générale, refusant presque toujours de se laisser séduire par la spéculation philosophique et psychologique pure. Dès 1820, Georget écrivait dans son ouvrage : « *De la Folie* » : « Mais ces auteurs, par une circonspection extrême, ou peut-être dans la crainte de se trouver en opposition avec des opinions philosophiques ou religieuses, ont décrit les phénomènes de cette maladie sans remonter à leur cause ; ils ont considéré les troubles d'une fonction sans l'organe qui en est le siège, le désordre des facultés intellectuelles sans le cerveau qui est indispensable à leur manifestation ; en sorte que de cette manière ce sont les symptômes qui constituent la maladie, au lieu du trouble organique qui leur donne naissance. »

Il est réconfortant de penser que celui qu'on peut citer comme exemple du parfait clinicien français ait été également un anatomo-pathologiste remarquable. Pour apprécier avec équité les travaux anatomiques de Magnan, il faut se placer au point de vue historique. Malgré nous, quand nous voulons étudier l'œuvre d'un auteur ancien ou même celle d'un de nos prédécesseurs immédiats, nous commettons souvent une erreur de perspective. Nous replaçons leurs travaux et leurs théories dans notre milieu contemporain, sans tenir assez compte des progrès scientifiques et techniques réalisés dans l'intervalle.

Dans l'ensemble des connaissances d'un savant, dans cette sorte de système scientifique que chacun de nous élabore, il y a une immense part d'acquiescement obligatoire et invérifiable aux théories de toute une génération. On est bien obligé d'accepter les conclusions des sciences voisines : anatomie, physiologie, neurologie, etc... Cette remarque est indispensable parce que la carrière de Magnan a été très longue. Sans doute nous l'avons connu, mais il ne faut pas oublier que sa thèse sur la paralysie générale date de 1866 et que presque tous ses travaux anatomiques ont été effectués avant 1880. A cette époque, aucune des méthodes essentielles de l'histopathologie nerveuse n'était connue : ni celle de Golgi, ni la technique de Weigert pour la myéline et la névroglie, ni la méthode de Nissl. Magnan a consacré la plupart de ses recherches anatomiques à la paralysie générale. C'était à son époque la seule maladie mentale que l'anatomie pathologique pouvait aborder avec quelques résultats. Comme moyen d'investigation, on avait le durcissement des pièces à l'alcool ou à l'acide chromique, les coupes à main levée, et le traitement de ces coupes par l'acide acétique ou l'éther. Vers 1873, Magnan utilise la coloration des coupes par le carmin ammoniacal et plus tard toutes les techniques nouvelles à mesure de leur

apparition. La thèse de 1866 est une contribution brève mais capitale dans l'histoire anatomique de la paralysie générale. Avant Magnan, on considérait la démence paralytique, surtout comme une méningite chronique avec atteinte de la partie superficielle de l'écorce cérébrale. Son mérite a été de montrer que la lésion était diffuse. Sans doute, l'inflammation prédomine au niveau des couches corticales et de l'épendyme, mais elle s'irradie dans toute la profondeur de l'encéphale. L'élément histologique essentiel n'est pas tant la lésion parenchymateuse que l'atteinte interstitielle de la névroglie. Voici comment il la décrit : « Ce réticulum, à cloisons très fines à l'état normal, limite les espaces qu'embrassent largement les faisceaux de tubes nerveux. » Mais, « sous l'influence de l'irritation formative, les cloisons s'épaississent, les mailles qu'elles circonscrivent se resserrent, compriment les tubes nerveux, altèrent leur nutrition. Cette irritation formative avec prolifération nucléaire se montre dans toute l'étendue de l'organe, mais en s'accroissant davantage sur certaines parties... » Tous les travaux consécutifs et spécialement les découvertes de ces dernières années, qui nous permettent d'imprégner avec une finesse extraordinaire toutes les formes gliales, ont mis en relief le rôle capital de la névroglie dans la réaction cérébrale contre l'infection spirochétique. Il ne faudrait pas croire que l'importance du rôle de la névroglie ait empêché Magnan d'accorder à la périvascularité la place qui lui revient dans le tableau histologique de la paralysie générale. Les premiers mots de l'examen microscopique de la première observation de sa thèse sont les suivants : « Les vaisseaux de la couche corticale présentent une gaine hypertrophiée recouverte de nombreux noyaux. »

Un autre point sur lequel Magnan a insisté dès le début a été également confirmé : c'est l'atteinte simultanée de l'encéphale et de la moelle et même des nerfs périphériques. Sans doute, Bailarger et Westphall avaient déjà signalé quelques observations d'ataxie locomotrice et de paralysie générale associées, mais il semblait à la plupart des auteurs que la moelle était tout à fait intacte dans la paralysie générale. Au contraire, comme l'a montré Magnan, elle est souvent atteinte et la maladie constitue une véritable névraxite, comme nous disons aujourd'hui. Les lésions des nerfs périphériques sont signalées dans un grand nombre de publications : « De la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale (1877). » Essais sur les altérations des nerfs crâniens dans la paralysie générale (Thèse de Tardy, 1877, avec deux observations de Magnan).

La paralysie générale à prédominance régionale, qui devient si intéressante depuis la généralisation de la malariathérapie, avait également attiré l'attention de Magnan. Il a publié deux cas d'aphasie dans la paralysie générale, puis quatre observations dans la thèse de Loghiades, et enfin un cas de paralysie générale par hématome de la dure-mère.

A côté de ces recherches d'ordre général, nous devons signaler quelques travaux spéciaux, tels que « De la dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale ». Cette lésion est rare et retrouvée seulement par les auteurs qui font de nombreuses autopsies. Le mémoire de Magnan, qui date de 1869, est curieux par la précision des recherches histochimiques ; le diagnostic avec la substance hyaline ou amyloïde est parfaitement effectué avec toute une série de réactifs : insolubilité dans l'alcool et dans l'éther, traitement par le carmin ammoniacal, par l'iode avec acide chlorhydrique. Comme autre recherche de détail, il faut citer également la description précise des granulations épendymaires (1873). De belles planches illustrent l'article et mettent en évidence l'hypertrophie névroglique et la disparition par places des cellules épendymaires.

Rappelons enfin un cas de paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale, myélite interstitielle diffuse avec plaques de sclérose (1869). Il est curieux de rapprocher cette observation de celle publiée récemment par I. Bertrand et Noël Péron, et qui a trait également à une paralysie générale avec atteinte médullaire comparable à la sclérose en plaques.

La question de l'aphasie, qui est restée d'actualité pendant toute la carrière de Magnan, a été l'objet de nombreuses recherches et de neuf communications ou thèses inspirées, on y trouve des cas d'aphasie motrice pure avec atteinte du pied de la troisième frontale, par ramollissement ou par gliosarcome, des observations typiques de cécité verbale, de surdité verbale ou psychique. Cette richesse de cas cliniques montre combien nombreux sont dans les asiles les malades intéressants au point de vue neurologique quand on sait les trouver.

Nous ne voulons pas négliger d'attirer votre attention sur une observation publiée en 1881 sous le titre « Etude comparative de la démence et de l'idiotie ; cas d'aphasie progressive aboutissant au mutisme. » Il s'agit d'une malade de 51 ans atteinte d'une démence rapidement progressive n'ayant que quelques phrases à sa disposition, répétant vers la fin de la vie toujours les mêmes mots et en arrivant enfin à un mutisme complet. Cette malade présentait enfin les phénomènes suivants : balancement, voracité;

sourires niais, « viduité du regard », mutisme, tout autant de symptômes que l'on trouve réunis dans l'idiotie seulement. Ce cas rare, dans lequel la démence prenait l'aspect d'une idiotie tardivement acquise, avait beaucoup intrigué Magnan. L'autopsie donna lieu aux constatations suivantes : poids du cerveau, 770 gr., hémisphère droit, 415, gauche, 350 ; à gauche, sclérose très accusée dans les zones situées en avant et en arrière des frontale et pariétale ascendantes ayant provoqué une atrophie rappelant l'aspect vermiculé du cerveau de certains idiots. Une planche remarquablement dessinée est jointe à l'article. Cette observation est le premier cas publié de ce qu'on a appelé plus tard, la maladie de Pick. Toutes les caractéristiques s'y retrouvent : intégrité des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, atrophie fronto-temporo-occipitale et, au point de vue clinique : âge de la malade, perte progressive du stock des idées et du langage aboutissant au mutisme, atteinte de la mimique, mouvements itératifs. Cet exemple démontre que l'observation pénétrante qui s'attache à l'analyse individuelle de chaque malade attire immédiatement l'attention du bon clinicien dès qu'il se trouve en présence d'un syndrome qui sort de la règle ordinaire.

Magnan s'est beaucoup intéressé à l'alcoolisme au point de vue clinique et expérimental ; il a également apporté sa contribution anatomo-pathologique à cet important sujet. Déjà il se préoccupait du dosage de l'alcool dans les divers organes. Il avait remarqué que quand l'absorption se fait par la muqueuse pulmonaire ou par les veines, le poison se trouve en plus grande quantité dans les centres nerveux. Lorsque, au contraire, les liquides sont introduits dans l'estomac, la veine porte chasse vers le foie les substances puisées à la surface de la muqueuse gastro-intestinale et c'est le foie alors qui devient le plus riche en alcool. En 1876, il avait apporté à la Société de Biologie un exemple très complet des désordres anatomiques produits par l'action continue de l'alcool : dégénérescence graisseuse de tous les organes, foie, rein, cœur, cerveau, réaction du tissu interstitiel dans le foie et les reins. Les lésions du système nerveux dans l'alcoolisme ont été décrites avec encore beaucoup de détails : pachyméningite avec suppuration possible de l'hématome, poly-névrite avec paralysie et anesthésie, observations d'hémi-anesthésie, atteinte des organes des sens, anévrysmes miliars de la rétine et du cerveau. Cette dernière constatation mérite d'être soulignée parce qu'elle montre les relations entre les lésions vasculaires de la rétine et du cerveau et la possibilité durant la

vie de déterminer par l'examen ophtalmoscopique la nature de la lésion cérébrale. C'est seulement dans ces dernières années qu'on a vu l'importance de cette remarque et qu'on a utilisé la mesure de la tension artérielle rétinienne comparée à la tension humérale pour déceler dès son début l'hypertension intra-cranienne.

Contribution également importante au problème de l'épilepsie. Dans l'épilepsie résultant de l'abus de boissons alcooliques, il faut distinguer les attaques convulsives provoquées directement par le toxique et, en particulier, par l'absinthe et les attaques convulsives de l'alcoolisme chronique qui sont sous la dépendance de lésions organiques. Dans l'épilepsie essentielle, les recherches de Magnan ont été surtout d'ordre anatomo-physiologique, il a étudié spécialement les variations de la pression sanguine au cours de l'attaque : hypertension au moment de la phase tonique, ralentissement cardiaque pendant la phase clonique. Dans les épilepsies de cause périphérique, il a rapporté un cas curieux d'aura ayant pour siège une cicatrice au talon gauche. Nous prolongerions à l'excès cette étude si nous voulions seulement donner un aperçu complet de toutes les publications que Magnan a consacrées à l'anatomie pathologique.

Il nous faut maintenant pénétrer dans le domaine plus délicat de l'anatomo-physiologie générale. Tous les esprits qui voient dans la psychiatrie à la fois la description des maladies mentales et l'étude de l'atteinte anatomique des centres nerveux sont logiquement contraints d'essayer d'inscrire dans le fonctionnement du cerveau les symptômes psychologiques morbides qu'ils observent. Ils sont obligés de faire, explicitement ou implicitement, une théorie anatomo-psychologique des troubles mentaux. Par ses tendances générales, par sa vaste culture médicale, par son siècle et par son milieu, Magnan se devait d'apporter une doctrine anatomo-physiologique de sa psychiatrie et spécialement de la dégénérescence mentale telle qu'il la concevait. Son attitude était très nette puisqu'il réunissait toujours ses publications sous le titre caractéristique de : « Recherches sur les centres nerveux. » Sa doctrine anatomo-physiologique des dégénérés héréditaires est celle du « déséquilibre des centres nerveux ». Chose curieuse, cette thèse paraissait si naturelle à Magnan qu'il ne l'a jamais longuement exposée en détail et n'a guère essayé de prévoir les objections qu'on pourrait lui opposer ni de les refuter. La phrase qui synthétise le mieux sa pensée est la suivante : « Rien n'est plus instructif, en effet, pour la solution de certains problèmes de physiologie pathologique, que l'émancipation des différents centres de l'axe cérébro-spinal qui, grâce à la désé-



« quilibration des héréditaires dégénérés, peuvent entrer chacun  
« en fonction d'une façon isolée et indépendante de tous les  
« autres centres. » Ainsi donc, alors qu'à l'état normal tous les  
centres cérébraux fonctionnent hiérarchiquement et synergique-  
ment sous la direction du psychisme supérieur à localisation  
frontale d'après les idées de Magnan, chez les héréditaires dégé-  
nérés, ils pouvaient se mettre à fonctionner d'eux-mêmes. C'est  
la théorie typique de l'automatisme mental et nerveux. Chez  
l'idiot, le centre génito-spinal s'émancipe de toute action céré-  
brale et provoque des érections fatigantes et persistantes. Chez  
d'autres, quand la protubérance entre spontanément en action,  
nous observons toute la mimique d'un état passionnel. L'énon-  
ciation de mots grossiers résulte d'un certain éréthisme des cen-  
tres du langage. Les obsessions impulsives sont provoquées par  
un centre surexcité qui réclama le retour d'une sensation déjà  
connue. Cette théorie générale du déséquilibre nerveux est appli-  
quée non seulement aux dégénérés héréditaires, mais aussi à  
l'hystérie et au délire à évolution systématique.

Pour la première, nous rappelons l'observation d'une femme  
de trente ans, présentée à la Société Médico-psychologique en  
1886, qui semble avoir particulièrement intéressé Magnan. Le  
mot hystérie n'est pas écrit, mais la description clinique ne  
laisse guère de doute que la plupart des auteurs de son époque  
auraient considéré cette malade comme une hystérique. Par mo-  
ments, elle perdait la libre direction de ses mouvements, était  
obligée d'avancer un bras, de se frotter les mains, d'autres fois  
elle ne pouvait s'asseoir ou se relever quand elle était assise. Dans  
certaines circonstances encore, en discordance avec son état  
affectif, elle réalisait toute la mimique d'un état passionnel ou  
prononçait, sans pouvoir s'en empêcher, toute une série de mots  
grossiers. Dans la conception de Magnan, cette observation mon-  
trait la généralisation de l'émancipation des centres dans les  
différents segments de l'axe cérébro-spinal.

Pour le délire chronique à évolution systématique, l'explication  
pathogénique est analogue : éréthisme des zones sensorielles tel  
que la moindre pensée se traduit par des mots entendus, l'éman-  
cipation des centres produisant des mots, des phrases, des mono-  
logues, en dehors du courant d'idées du sujet, et enfin « dédou-  
blement de la personnalité quand les centres corticaux devien-  
nent indépendants et fonctionnent en quelque sorte automati-  
quement, dialogue entre le patient représenté par le lobe frontal  
et l'interlocuteur cantonné dans le centre auditif cortical ».

Quelle doit être l'attitude de la pensée psychiatrique contem-

poraine devant ces théories, qui ont été celles de toute l'époque de Magnan et qui persistent presque inchangées chez certains d'entre nous ?

D'abord, comme nous l'avons déjà fait remarquer, on ne peut pas reprocher à Magnan les erreurs et les incertitudes anatomo-physiologiques de son époque. Ayons au moins cette indulgence, dans l'espoir que nos successeurs, s'ils consentent à nous lire, ne souriront pas trop des erreurs et des imperfections de notre science contemporaine. Nous ne croyons plus que la protubérance soit le centre de l'expression des émotions, ni que la moelle puisse être le support unique de l'instinct génital, même chez les idiots. Qu'importe, c'est la théorie générale qu'il nous faut envisager.

Grâce précisément aux nombreuses recherches que la théorie des localisations cérébrales a provoquées, grâce aux faits multiples qu'elle a permis de découvrir, nos conceptions actuelles sont devenues bien plus complexes que celles qui régnaient à l'époque de Magnan. Nous n'admettons plus qu'un fait psychique puisse être provoqué par l'activité isolée d'une étroite zone cérébrale, nous croyons que le système nerveux tout entier intervient à chaque instant de notre vie psychique sous forme d'activité localisée, d'activité moindre, ou d'inhibition également localisée. Nous tendons à admettre que la composante intellectuelle, la composante affective, la composante active de chaque processus psychique sont données par des zones cérébrales différentes. Nous savons que la cellule nerveuse et le fait psychique ne sont pas deux unités superposables. Il n'en reste pas moins vrai que sur le théâtre de notre activité mentale les premiers rôles sont toujours joués par ce qu'on appelait les centres, les autres régions ne faisant transitoirement office que d'accompagnateurs, de rôles muets, de figurants.

Le dernier traité de pathologie cérébrale, celui de Kleist, n'hésite pas à localiser dans l'encéphale de nombreuses fonctions psychiques avec une précision peut-être même excessive. Les acquisitions récentes sur les réflexes conditionnels et l'extrême variété de l'architecture corticale confirment la doctrine des localisations. Si nous n'admettons plus, comme à l'époque de Mathias Duval, l'amiboïsme des neurones, qui faisait vraiment trop ressembler le système nerveux à une canalisation électrique, nous parlons de frayage, de facilitation, d'inhibition interneuronique, ce qui revient pratiquement au même. Il n'est pas jusqu'aux théories psychologiques qui ne s'inspirent de ces idées, la doctrine de la schizophrénie, de la dislocation intrapsychique

n'est pas autre chose que la transposition en langage psychologique de notions de physiologie nerveuse.

A la vérité, cependant, il faut signaler une réaction contemporaine contre ces tendances. Quelques jeunes psychiatres français, parmi les plus brillants et les plus actifs, semblent considérer la personnalité mentale comme une totalité insécable et inaccessible à l'analyse. Ils ne veulent pas se résoudre à admettre que des atteintes acquises des centres nerveux sont capables de produire une pensée morbide et délirante. Ils ne veulent pas voir que le but suprême de la psychiatrie est d'inclure la psychologie dans la physiologie nerveuse. Cette attitude résulte du fait qu'ils ont perdu le cerveau de vue, dans le sens le plus concret de l'expression. Ils ne regardent plus le cerveau ni à l'œil nu, ni au microscope. Nous sommes convaincus que la confrontation quotidienne de la clinique et de l'anatomie pathologique les aiguilleront dans une autre voie que nous croyons bonne.

Que notre Maître Magnan leur serve d'exemple. S'il a formulé une conception anatomo-physiologique de ses théories, comme il avait le devoir scientifique de le faire, ce n'est qu'après de patientes et minutieuses recherches que je vous ai rappelées dans la première partie de cet exposé. Tous ceux qui l'ont connu savent quelle extraordinaire influence Magnan exerçait sur ses contemporains et sur ses élèves par la vigueur de son esprit, la ténacité de son labeur, la continuité de son dévouement aux malades. Si nous célébrons aujourd'hui sa mémoire, c'est pour prolonger cette influence sur les jeunes générations et leur faire comprendre la nécessité de l'union indissoluble de la clinique et de l'anatomie.

---

## MAGNAN ET SES ETUDES SUR L'ALCOOLISME

PAR

ROGER MIGNOT

Les études de Magnan sur l'alcoolisme appartiennent, pour la plupart, à la première période de sa vie scientifique.

Son premier travail date de 1864, lorsqu'il est à Bicêtre, dans le service de Lucas et dès lors il ne se désintéressera plus jamais de cette question. Sa haute conscience professionnelle l'en empêche, alors que chaque jour défilent, dans son Service de l'Admission, les malheureuses victimes de l'alcoolisme, dont le nombre s'élève d'année en année, d'une façon progressivement croissante.

A la veille de sa retraite, il veut, dans un dernier travail, fruit de sa longue expérience, montrer l'importance médicale et sociale de l'alcoolisme et son influence pernicieuse sur la race : au 1<sup>er</sup> Congrès International d'Eugénique, il présente, à Londres, avec M. Fillassier, une statistique établie de 1867 à 1912. Cette enquête, résultant de quarante-cinq ans d'observations personnelles, est la plus importante contribution qui ait jamais été poursuivie sur l'alcoolisme. Il s'en dégage des notions restées encore aujourd'hui d'actualité en France : augmentation progressive du nombre des accidents mentaux de l'alcoolisme ; accroissement de l'intoxication chronique chez la femme ; importance de la fréquence des internements provoqués par l'alcool.

Pour exposer dans une vue d'ensemble les études de Magnan sur l'alcoolisme, on peut les ranger dans trois groupes, suivant qu'elles ont trait à l'expérimentation, à l'observation clinique, aux méthodes thérapeutiques.

Magnan avait travaillé dans le laboratoire de Claude Bernard et, suivant les conseils du Maître, l'un des premiers et dès le début de sa carrière, il associe à l'observation clinique psychiatrique l'expérimentation physiologique, « qui permet, dans les

faits complexes, de se rendre compte de la part contributive de chacun des éléments constitutifs ».

Seul, ou en collaboration avec Hardy, François Franck, Gréhan, Gley, Laborde, il poursuit des expériences sur les animaux (chiens, chats, oiseaux) et, en particulier, détermine l'action respective des diverses substances toxiques contenues dans les boissons spiritueuses : alcools supérieurs, aldéhydes, furfural, essences, bouquets.

Il établit que chez l'animal, comme chez l'homme, les accidents toxiques, varient d'importance suivant que les boissons alcooliques sont prises à jeûn ou pendant les repas.

A la suite de l'administration quotidienne de l'alcool, il note chez le chien, à partir du quinzième jour, des modifications de l'intelligence et du caractère. Ensuite, surviennent l'insomnie et les hallucinations nocturnes ; enfin, plus tard, éclate un véritable délire. Au deuxième mois se produisent les troubles moteurs, s'étendant lentement de l'arrière-train au tronc et enfin à la tête.

L'alcool, à lui seul, ne détermine pas de phénomènes convulsifs, dans les premiers mois de son action ; ce n'est que tardivement, lorsque l'intoxication a produit des lésions anatomiques de l'encéphale et de ses enveloppes, qu'apparaissent des crises épileptiques ; elles sont identiques à celles qui s'observent chez l'homme dans la paralysie générale et les lésions circonscrites du cerveau.

En opposition avec l'alcool, l'absinthe à faible dose, chez les animaux, provoque d'emblée des vertiges et des secousses musculaires dans les parties antérieures du corps ; à haute dose, elle donne des attaques épileptiques et du délire.

L'observation clinique devait confirmer ces constatations expérimentales. C'est à Magnan que nous devons cette notion que l'alcool, par son action directe, ne produit pas l'épilepsie. Quand des convulsions s'observent dans l'alcoolisme aigu, elles résultent d'une prédisposition du sujet, d'une aptitude convulsivante ou bien encore, et, plus souvent, de la présence dans la boisson ingérée, de substances autres que l'alcool ; en pareil cas, il s'agit presque toujours des essences, et particulièrement de l'essence d'absinthe. Par contre, dans l'alcoolisme chronique, les convulsions sont sous la dépendance des lésions organiques des centres nerveux résultant de l'intoxication éthylique longtemps prolongée.

Par l'observation ophtalmoscopique et par l'observation directe du cerveau chez les animaux trépanés, Magnan constate qu'au stade tonique de l'attaque absinthique, répondent la mydriase,

l'injection de la papille et du fond de l'œil, la congestion de l'encéphale.

Les animaux privés des lobes cérébraux présentent, sous l'influence de l'absinthe, des crises épileptiques et des secousses semblables à celles des sujets non mutilés. Après section de la moelle au-dessous du bulbe, l'absinthe détermine d'abord une attaque bulbaire (convulsions toniques et cloniques de la tête, avec écume aux lèvres) et puis une attaque spinale (convulsions toniques et cloniques du tronc avec évacuation des réservoirs). Cette action isolée de chaque segment de la moelle, jointe à la perte subite et immédiate de la connaissance, démontre l'intervention directe de tout l'axe cérébro-spinal dans la production de l'attaque épileptique.

De ses expériences, Magnan tire encore des notions anatomo-pathologiques. L'examen des animaux sacrifiés lui permet d'étudier la dégénérescence graisseuse et la sclérose des divers organes touchés par l'intoxication ; il lui montre : « Dans les centres nerveux, dans le tube digestif, dans le foie et les reins, dans l'appareil respiratoire et circulatoire, des altérations anatomiques d'autant plus utiles à bien préciser, qu'elles représentent les premiers degrés des désordres plus profonds, auxquels succombe l'homme, aux périodes ultimes de l'intoxication. »

Pendant le siège de Paris et la Commune, les esprits avertis avaient été impressionnés par l'importance du rôle de l'alcool au cours de ces événements. A l'Académie de Médecine, la communication de Verneuil, « à propos de la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les buveurs », ouvre les débats sur cette question médico-sociale. Bergeron publie ensuite son « Avis sur les dangers qu'entraîne l'abus des boissons alcooliques ». Théophile Roussel rédige son mémoire sur « La répression de l'ivrognerie », qui aboutit, en 1873, à la Loi du même nom ; enfin, l'Académie propose comme sujet du prix Civrieux pour 1872 : « Des diverses formes des délires alcooliques et de leur traitement. » C'est la monographie de Magnan qui est couronnée. Publiée en un volume de 282 pages par Delahaye ; elle est traduite en anglais, en russe et en portugais, et elle reste, après soixante ans, une œuvre classique. A bien des reprises, par la suite, Magnan est revenu, pour compléter et préciser ses conceptions sur les troubles mentaux observés dans l'alcoolisme.

Dans le délire alcoolique proprement dit, il distingue trois groupes, suivant que la convalescence est rapide et complète, qu'elle est lente et suivie de rechutes, ou bien enfin qu'elle se complique de délires secondaires.

Le *délirium tremens* se présente également sous trois formes : l'une symptomatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente, l'autre spontanée, apyrétique, et bénigne, la troisième spontanée, fébrile et grave.

Magnan s'attache particulièrement à l'étude du *délirium tremens fébrile*. Il montre que c'est en dehors des troubles de l'intelligence et de l'agitation qu'il faut rechercher les symptômes capables de guider le diagnostic et le pronostic : toutes les fois que le thermomètre, après avoir oscillé pendant quelques jours, autour de 39°, s'élève davantage, le pronostic est grave. Un signe de grande valeur est également fourni par les désordres des mouvements et, ici encore, il faut distinguer « l'intensité même, l'activité de ces troubles moteurs, avec leur durée, leur persistance et leur degré de généralisation... Si le tremblement, d'ailleurs d'une intensité moyenne, s'est emparée de tous les muscles du corps, s'il s'accompagne de secousses, et surtout de frémissements et d'ondulations musculaires, si tous ces phénomènes persistent pendant le sommeil, on arrive dès le second et le troisième jour, à l'épuisement nerveux et à un état des plus graves. ».

Dans une leçon, en 1873, Magnan fait une étude psychologique minutieuse des troubles de l'intelligence et des sens, dans l'alcoolisme. Certes, avant lui, bien des auteurs, et en particulier Marcé, Lasègue, Baillarger, pour ne citer que des prédécesseurs immédiats, ont décrit les délires et les hallucinations des buveurs; mais il renouvelle le sujet par son exposé, et la finesse de ses observations; il montre la graduation dans l'intensité des phénomènes et dans leur mode d'évolution et comment l'alcoolique passe « du simple trouble à l'illusion, de celle-ci à l'hallucination confuse, d'abord unique, puis multiple et devenant peu à peu hallucinations nettes, précises, distinctes, s'imposant en un mot comme la réalité ». A mesure que l'amélioration se produit, les phénomènes suivent une marche rétrograde, en passant par les mêmes étapes successives : hallucinations précises, hallucinations confuses, illusions, simples troubles fonctionnels.

Magnan s'est toujours préoccupé de distinguer en clinique, comme en physiologie pathologique, l'alcoolisme de l'absinthisme. Les grands symptômes sont les mêmes, mais à l'actif de l'absinthe, appartiennent la précocité remarquable de l'apparition du délire, ses réactions particulièrement violentes et dangereuses, l'inconscience dont il est habituellement suivi, la fréquence des vertiges et des attaques épileptiques. Il répète que « l'alcool est un poison encore plus redoutable, sous les travestissements perfides dont le recouvre l'industrie ».

Magnan constate que, chez un certain nombre d'alcooliques,

on voit, à la suite des accidents aigus, persister des conceptions délirantes, tantôt multiples et variables, tantôt circonscrites et affectant la forme d'un délire partiel. Ces délires secondaires sont pénibles : la jalousie, la persécution, l'hypocondrie constituent les thèmes habituels. Ils aboutissent très facilement à des réactions suicides et homicides ; les statistiques présentées sont édifiantes sur ce point.

Les délires alcooliques secondaires se montrent chez les buveurs à prédisposition spéciale, chez ceux dont l'infériorité cérébrale trouve sa cause dans l'hérédité. Sur ce terrain, l'alcool provoque l'explosion d'un délire toxique dont l'intensité est si peu en rapport avec les excès commis, qu'il faut bien faire appel, pour l'expliquer, à la notion de dégénérescence. D'autre part, chez les dégénérés, l'alcool met à découvert des troubles psychiques qui, sans l'appoint toxique, auraient pu rester latents. Toutes les formes mentales peuvent être, dans ces conditions, observées.

Mais, si l'alcool est « la pierre de touche » de l'équilibre mental, il est aussi, par lui-même, facteur de dégénérescence pour le buveur. Magnan isole « le groupe de ceux qui, grâce aux excès répétés, se créent eux-mêmes, pour ainsi dire, une prédisposition morbide ».

L'action dégénérative de l'alcool s'étend à la descendance des buveurs. Cette constatation, maintes fois révélée par les travaux de l'Admission, est devenue classique et a inspiré l'ouvrage de M. Legrain, sur « l'Hérédité ». Magnan estime que l'alcoolisme fournit aux quartiers d'hommes des asiles de la Seine les trois-quarts de leur population.

La plupart des dégénérés qui présentent des dégradations physiques, intellectuelles et morales, comptent des alcoolisés parmi leurs ascendants. « L'alcoolisme, non seulement transforme profondément l'individu, mais transmet à ses descendants des tares qui en font des malades et des criminels, dont le seul profit, pour la Société, est une lourde charge et un danger. »

C'est à Magnan que nous devons toutes ces notions qui nous apparaissent maintenant comme des truismes, au point que le silence se fait trop profond autour d'elles.

Nous devons encore à Magnan une description de la démence alcoolique, qui complète les travaux de Falret : soit d'une façon lentement progressive, soit après plusieurs accès aigus, on voit apparaître l'apathie, l'hébétude, l'incurie, la diminution de toutes les facultés intellectuelles, morales et affectives. Seuls persistent les instincts. Des illusions, des hallucinations subsistent, mais elles sont comme émoussées et n'entraînent pas de réac-



tions bien vives. Parfois, à la suite, ou même sans nouveaux excès, éclatent des accès semi-maniaques, avec agitation automatique. C'est l'époque où les troubles ne traduisent plus seulement l'intoxication. « Une action plus profonde s'est produite, la nutrition est altérée dans tous les organes, tous les systèmes, tous les tissus ; la cellule elle-même vit d'une autre vie. » A la dernière période, l'intelligence est frappée de nullité. « Il survient parfois de la sensiblerie, analogue à celle des déments apoplectiques, il est fréquent d'ailleurs, de voir se produire à ce moment des étourdissements, des vertiges, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des paralysies partielles, en rapport avec les désordres organiques révélés par l'autopsie, dans les centres nerveux. »

A cette description de la démence alcoolique, qui date de 1873, le temps n'a apporté aucune donnée clinique nouvelle...

Magnan s'est particulièrement intéressé à la dipsomanie. Dans ses leçons, il trouve là l'occasion d'exposer ses conceptions personnelles de psychopathologie générale.

La dipsomanie n'est pas, pour lui, une maladie distincte, une monomanie, comme l'avait enseigné Esquirol ; c'est un syndrome paroxystique affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive.

Si le besoin de boire est l'acte le plus saillant, il ne constitue pas à lui seul la maladie, il n'est qu'une manifestation épisodique d'un état mental plus profond que l'hérédité tient sous sa dépendance. La lucidité apparente entre les accès masque un état continu et l'examen soigneux du malade révèle, dans l'anamnèse, les tendances impulsives multiples, ébauchées ou réalisées. Si la dipsomanie est une affection paroxystique, elle est bien plutôt rémittente que franchement intermittente.

Magnan combat l'opinion professée à cette époque par Ball et Hack Tuck, qui voyaient, dans la dipsomanie, une conséquence de l'alcoolisme chronique.

C'est, au contraire, pour lui, un exemple de la coexistence chez le même individu de deux états morbides différents : « Le même sujet se comportant tantôt comme un ivrogne, joyeux, sociable, succombant à la faveur d'occasions, tantôt comme un dipsomane mélancolique, solitaire et irrésistiblement entraîné aux excès, quelles que soient les circonstances extérieures. » Cependant, le dipsomane n'offre pas une résistance particulière à l'alcool, bien que certains aient soutenu le contraire. Et, à la longue, il devient un intoxiqué chronique, exposé alors au *délirium tremens* et aux autres manifestations morbides, résultant de l'intempérance. La distinction établie par Magnan entre la

dipsomanie et l'alcoolisme chronique l'amène à des déductions médico-légales importantes : « Si l'on doit regarder l'ivresse comme une circonstance aggravante, par contre, au cours de l'accès, les dipsomanes doivent être considérés comme irresponsables. Bien plus, dans l'appréciation des actes commis pendant les intervalles lucides, il ne faut pas oublier que ces sujets présentent une disposition malade indéniable, et qu'ils offrent une organisation intellectuelle défectueuse. »

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les relations de l'alcoolisme et de la paralysie générale étaient l'objet de nombreuses discussions. A cette époque, les médecins n'avaient pas à leur disposition les renseignements que nous fournissent actuellement la ponction lombaire et les réactions humores. C'est sur la démographie, la statistique, l'observation clinique, que pouvaient s'appuyer les conceptions en présence.

Au Congrès de Lyon, en 1891, Magnan résume son opinion sur cette question. Il n'accepte pas la théorie, anciennement défendue de l'origine alcoolique de la paralysie générale. Il repousse également l'existence de la pseudo-paralysie générale alcoolique, « étiquette qui voile les difficultés du diagnostic ». Les faits observés se répartissent, d'après lui, dans trois groupes : dans le premier, se rangent les cas où l'alcoolisme masque plus ou moins longtemps la démence paralytique sous-jacente ; dans le second, se classent ceux où l'intoxication réalise le syndrome paralytique, tant dans ses manifestations psychiques que motrices, mais l'évolution vers la guérison, sous l'influence de l'abstinence, démontre la nature toxique des troubles constatés. Magnan signale la fréquence des rechutes chez ces malades ; il a compté dix, vingt entrées du même sujet dans les asiles, sans que l'évolution se fasse vers la démence ou vers la paralysie générale.

Dans le troisième groupe, il classe enfin les cas où l'alcoolisme chronique aboutit à la paralysie générale. Magnan résume ses idées sur cette question par cette formule : « Nous pouvons dire que les pseudo-paralysies générales alcooliques sont repoussées par la clinique et que l'alcoolisme conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale. »

Mais, n'a-t-il pas prévu les changements que pourrait subir sa doctrine, quand il écrit que la recherche, malheureusement encore trop négligée, des modifications chimiques survenues dans l'intimité même des tissus nerveux, pourra un jour intervenir dans la détermination des diverses formes mentales.

Alors qu'il est interne à Bicêtre, dans le Service de Lucas, Magnan est frappé de la fréquence des décès survenant chez les alcooliques délirants admis dans le Service. Il en voit la cause

dans l'emploi de la camisole de force et dans la fixation prolongée des malades sur le lit.

On a des raisons de penser que, dès cette époque, il s'élève avec force contre ces pratiques traditionnelles.

Dès son arrivée à Sainte-Anne, il utilise des moyens de contrainte moins pénibles, préconise le maillot qui porte son nom et proscrit l'immobilisation sur le lit.

Tandis qu'à Bicêtre, le chiffre de décès par l'alcoolisme aigu, dans les cinq premiers jours de l'entrée, s'élève à 8 p. 100, dans son service de l'admission il n'est que de 1,30 p. 100 « avec des malades cliniquement identiques et l'emploi de médicaments analogues, les moyens de coercition seuls étant différents ».

L'opinion de Magnan sur la camisole de force donna lieu à bien des discussions et des critiques. Il fallut trente ans d'efforts pour la faire accepter en principe. Il serait imprudent de certifier que ce moyen de contrainte a disparu des hôpitaux et même des asiles, mais tous les observateurs sont d'accord avec Magnan pour reconnaître que dans l'alcoolisme aigu, l'emploi de la camisole augmente les risques de mort dans une proportion considérable.

C'est encore à propos du traitement des alcooliques, que Magnan préconise tout d'abord la clinothérapie et la suppression de l'isolement cellulaire.

Au Congrès de Marseille, il déclare que le délire alcoolique est la forme mentale, à laquelle convient le mieux le traitement par le repos au lit. « L'alitement..., dit-il, devient dans l'alcoolisme aigu et subaigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet, en général, de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale. »

La clinothérapie est devenue une méthode thérapeutique classique, non pas seulement dans le *délirium tremens*, mais dans toutes les psychopathies aiguës et dans les états paroxystiques des affections chroniques des centres nerveux. Devant l'évidence des résultats obtenus et des multiples avantages de la méthode, elle s'est généralisée et n'a pas soulevé les hésitations et les critiques de la suppression des moyens de contrainte mécanique et chimique. M. Sérieux a pu écrire que « la clinothérapie compte parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine ».

Dans son Service de l'Admission, Magnan voit chaque jour revenir des buveurs qu'il a précédemment observés ; quelques-uns comptent jusqu'à vingt internements successifs. Dès 1874, dans ses rapports annuels, dans ses leçons cliniques, plus tard

dans ses interventions à l'Académie de Médecine, il répète que : « L'asile d'aliénés actuel ne sert qu'à amender les accidents aigus et subaigus de l'alcoolisme sans modifier sensiblement les dispositions invétérées pour les boissons fortes. »

En 1895, il proclame qu'il est urgent de placer les alcooliques dans des conditions plus favorables à leur traitement et à leur guérison. Il faut les installer dans un établissement où, en dehors du régime abstinant, ils trouveront une organisation plus complète du travail, un milieu plus moralisateur, avec un genre de vie et des conseils qui les aideront à se maintenir dans la voie de la tempérance. Il demande à l'Académie de Médecine d'émettre le vœu qu'il soit créé « des asiles spéciaux d'alcooliques, seuls capables d'amender et de guérir les victimes de l'alcool ».

Mais, les alcooliques qui tombent, sans conteste, sous l'application de la loi sur les aliénés, ne représentent qu'une partie seulement des intoxiqués justiciables d'une assistance devenue nécessaire au point de vue individuel, familial et social. Magnan et Legrain réclament (1894) que des articles additionnels, à la loi de 1838, permettent la séquestration des buveurs d'habitude et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison. Il importe d'organiser des « maisons de relèvement des buveurs ».

Dans une série d'études et de rapports, Magnan et Sérieux exposent les conditions indispensables d'installation technique, de réglementation, de fonctionnement, de ces établissements spéciaux. La disposition architecturale des quartiers, l'organisation médicale, les méthodes thérapeutiques utilisables, la sélection des malades, les résultats à attendre, sont autant de questions mises au point d'une façon définitive.

Quarante ans ont passé depuis, et, pratiquement en France, rien n'a été réalisé de ce que demandait Magnan au nom de l'assistance des alcooliques ; nous manquons, avant tout, de ces dispositions législatives, qui existent pourtant chez quelques-uns de nos voisins. Elles permettraient d'intervenir à temps, d'une façon efficace, même avec les moyens actuels de notre organisation hospitalière. Jusqu'à présent, les préoccupations de défense sociale, pourtant à l'ordre du jour, ne se portent pas du côté du fléau alcoolique. Trop d'intérêts politiques et pécuniaires sont en jeu, et c'est la conspiration du silence.

A Magnan revient l'honneur d'avoir suscité et entretenu la lutte antialcoolique à la fin du siècle dernier, et dans les premières années du siècle présent. C'est à ces interventions que nous devons, pour une très grande part, la suppression de l'absinthe en 1914, seule mesure officielle efficace, qui ait été prise, en France, contre l'intoxication nationale.

Les recherches physiologiques de Magnan, ses observations cliniques, psychologiques, anatomiques et médico-légales, ont pour ainsi dire épuisé la question de l'alcoolisme et elles resteront une des parties les plus admirables de son œuvre.

## BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX DE MAGNAN SUR L'ALCOOLISME

1. Accidents déterminés par la liqueur d'absinthe. *Union Médicale*, n° du 4 et 9 août 1864.
2. Epilepsie alcoolique ; action spéciale de l'absinthe. *Soc. de Biol.*, t. V, 1868, p. 156.
3. Etudes expérimentales sur l'alcoolisme, alcool et absinthe. *Gaz. des Hôp.*, juillet-août 1869.
4. Anévrismes milliaires de la rétine et du cerveau dans un cas d'alcoolisme chronique. *Soc. de Biol.*, t. I, 1869, p. 35.
5. Alcoolisme aigu ; épilepsie causée par l'absinthe. Alcoolisme chronique, accidents épileptiformes. *Acad. des Sciences*, 5 avril 1869.
6. Statistique des malades entrés en 1870 et 1871, au bureau de l'admission de Sainte-Anne. *Ann. Méd.-Psych.*, janv. et nov. 1871.
7. Alcoolisme aigu, épilepsie absinthique. *Acad. des Sc.*, 31 juillet 1871.
8. Analyse de l'essence d'absinthe, études cliniques et expérimentales. *Soc. de Biol.*, t. IV, p. 210.
9. Recherches de physiologie pathologique. Epilepsie, alcool et essence d'absinthe. *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, p. 75-114.
10. Troubles de l'intelligence et des sens dans l'alcoolisme. *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, p. 115-133.
11. De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique : *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, p. 133-157.
12. De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. In-8° de 282 pages, Delah. édit., Paris, 1872 (Prix Vivrieux, 1874).
13. Observation d'alcoolisme chronique, avec dégénérescence graisseuse, cirrhose commençante de la plupart des organes. *Soc. de Biol.*, 19 nov. 1876.
14. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. *Congrès international des sciences médicales*, Genève, 1877.
15. De l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe. *Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme*, 1878.
16. Deux cas de pachyméningite à caractère exceptionnel ; *Recherches sur les Centres nerveux*, t. II, p. 99.
17. Leçons cliniques sur la dipsomanie ; *Leçons cliniques*, t. I, 1893.
18. De la toxicité des alcools supérieurs et des bouquets artificiels ; *Recherches sur les Centres nerveux*, t. II, p. 57-87.
19. Principaux signes cliniques de l'absinthisme ; *Recherches sur les Centres nerveux*, t. II, p. 23-38.
20. Alcoolisme et sa marche progressive. *Bull. Méd.*, nov. 1890.
21. Rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale ; *Congrès de Méd. ment.* Lyon, août 1891.
22. Des Asiles d'Alcooliques. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 23 juillet 1895.
23. Alitement dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme. *Congrès des Méd. Alién.*, Marseille, avril 1899.
24. Alcoolisme et dégénérescence ; statistique du Service central d'Admission des Aliénés de la Ville de Paris et du Département de la Seine. En collaboration avec M. Fillassier). *First International Eugenics Congress*. Knight, Londres, 1912.

# LES OBSESSIONS, LES IMPULSIONS ET LES PERVERSIONS SEXUELLES DANS L'ŒUVRE DE MAGNAN

PAR

CL. VURPAS

C'est un périlleux honneur d'avoir la mission de rendre hommage à l'œuvre de Magnan. Ses travaux ont eu un tel retentissement qu'en rappelant ses idées, universellement connues, on semble s'arrêter à une description familière dont rien ne serait ignoré.

Mais il est un autre péril, c'est le parallèle qui risque de s'établir avec la remarquable étude consacrée par M. Sérieux (1) à la vie et aux travaux de Magnan. Ce nous est un plaisir de rendre l'hommage qui lui est dû à ce travail si complet et si documenté, où le sens et la portée des recherches du Maître de Sainte-Anne sont vues avec tant d'ampleur et de compréhension.

Il peut paraître audacieux, n'ayant pas été l'élève direct de Magnan, d'avoir accepté l'honneur de retracer cette part de son œuvre qui eut sa prédilection. Mais n'est-ce pas être un peu son élève qu'avoir été celui de Briand avec qui il était lié d'une amitié sur laquelle aucune ombre ne passa jamais ? Qu'à cette occasion, il me soit permis de rappeler que Marcel Briand fut mon premier Maître en psychiatrie et, à ce titre, en lui adressant un souvenir ému, de saluer pieusement sa mémoire.

\*  
\*\*

Assurément, Magnan ne fut pas le premier à décrire les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles, mais il eut le mérite de les réunir en un faisceau homogène, de montrer sous leurs manifestations multiples la continuité du même trouble profond et les mêmes perturbations des fonctions psychiques.

(1) SÉRIEUX. — *V. Magnan, sa vie et son œuvre*. Masson et C<sup>ie</sup>, 1921, pp. 174.

Enfin, il s'efforça d'en concevoir une explication physiologique et même une raison anatomique.

Avant que Pinel (1) n'eût jeté les premières bases de la médecine mentale, les obsessions étaient connues depuis longtemps dans le domaine de la pratique courante, mais elles n'avaient pas de vie propre en tant que trouble mental classé et précis. Si les anciens Confesseurs signalaient ces bizarreries, ils ne les faisaient pas bénéficier d'une conception d'ensemble. Dans la description de Pinel, il n'est parlé que d'affections mentales où l'intelligence est lésée dans sa totalité : manie, mélancolie, démence et idiotie. Mais Esquirol (2) y ajoute les délires partiels ou monomanies et l'histoire des obsessions est intimement liée à celle des monomanies, principalement des monomanies instinctives. Cette adjonction fut un événement en psychiatrie, car ces « folies lucides » demeuraient le problème de l'aliénation mentale et passionnaient au même titre médecins, philosophes et penseurs. Comment comprendre ce déraisonnement dans la raison ? L'explication qui, au début, eut le plus de faveur, fut que certaines facultés étaient lésées au milieu d'autres à peu près intactes. Esquirol demeura fidèle à cette conception et fut suivi par la plupart des aliénistes de cette époque, français ou étrangers. Dès 1838, il avait divisé les monomanies en trois espèces : intellectuelles, affectives, instinctives ou sans délire. Sa doctrine subit-elle dans une certaine mesure l'action des idées soutenues depuis plus d'un siècle par l'Ecole dite Psychologique allemande que représentaient Stahl, contemporain de Newton et l'auteur célèbre de l'animisme (3), par Heinroth (4), par Langermann et Ideler (5) ? J.-P. Falret (6), l'élève direct d'Esquirol, l'affirme.

(1) PINEL. — *Traité médical philosophique sur l'Aliénation mentale*, 1809.

(2) ESQUIROL. — *Des maladies mentales considérées sous les rapports médico-hygiénique et médico-légal*, 2 vol. pp. 676, 864, in-8°, Paris, Baillière, 1838.

(3) STAHL, Médecin allemand, né à Anspach en 1660, mort en 1734, fut l'auteur de l'animisme.

(4) STAHL, cité par Henry Bonnet. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1863, *Revue rétrospective sur la science mentale*, p. 348 et suivantes.

(5) STAHL, cité par Lasèque et Morel. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1844, t. III ; *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, p. 48 et suivantes.

(6) STAHL, cité par Trélat. — *Recherches historiques sur la folie*, p. 96 et suivantes.

(4) HEINROTH, cité par Lasèque et Morel. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1844, t. IV ; *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, p. 1 et suivantes et p. 157 et suivantes.

(5) LANGERMANN et IDELER, cités par Lasèque. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1845, t. IV ; *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, p. 29 et suivantes.

(6) J.-P. FALRET. — *Des maladies mentales et des Asiles d'aliénés*, Bailière, Paris, 1864, pp. 431 et 432.

« De là, écrit-il, la division de folies adoptée par Heinroth, en folies de l'intelligence, folies de la sensibilité et folies de la volonté ; de là aussi la division des monomanies intellectuelles, affectives et instinctives. C'est, en effet, sur l'isolement supposé de ces trois ordre de facultés que s'appuie principalement notre illustre Maître pour faire admettre les monomanies instinctives et, en particulier, la monomanie homicide ». Falret, quant lui (1), ne partageait pas cette opinion, du moins à la fin, car à une période antérieure, il pensait aussi que les diverses facultés étaient lésées chacune pour son propre compte. Mais, à ce moment, il soutenait qu'un délire limité tel qu'on l'observait dans les monomanies correspondait à un trouble général de l'intelligence. Deux courants d'opinion s'opposent donc : pour les uns, le désordre correspond à une lésion isolée de chacune des facultés ; pour les autres, il s'agit d'un trouble général de l'intelligence. Et cette opposition joua un rôle important dans l'œuvre de Magnan, car elle fut la cause déterminante de ses premiers travaux sur les impulsions.



Est-ce au cours de son internat à la Salpêtrière que Magnan avait retenu de l'enseignement de J.-P. Falret (2) qu'un délire limité correspondait à un trouble général de l'intelligence ? Le fait est probable, car bien que n'ayant pas été directement son interne, il avait fréquenté assidûment son service. En tous cas, il avait délibérément adopté cette façon de voir et il la défendait avec énergie. Et c'est précisément en voulant démontrer que l'intelligence était troublée dans sa totalité, même lorsque le désordre paraissait limité, comme on l'observe dans les monomanies, qu'il fut conduit à une analyse minutieuse des impulsions. Dans les recherches qu'il entreprit à ce sujet, il montra d'abord que l'impulsion revêt les signes de l'affection mentale qu'elle traduit : ainsi l'impulsion au suicide diffère totalement chez le mélancolique, l'alcoolique, l'épileptique ou le paralytique général ; de même pour l'exhibitionnisme. Il s'efforça ensuite d'établir qu'elle n'est qu'une manifestation limitée d'un délire systématisé et qu'elle constitue surtout une réaction délirante de caractère médico-légal. Comprises de la sorte, les impulsions ne sont qu'un cas particulier des monomanies, et l'impulsion consciente est un délire en raccourci, assimilable à une vésanie. Et lorsque

(1) FALRET. — *Op. cit.*

(2) FALRET. — *Op. cit.*



le monomane paraît ne délirer que sur un point, il est, en réalité, un véritable aliéné, et souvent même un aliéné chronique, car il a franchi la première étape de la folie et il en est arrivé à la systématisation, bien qu'il passe non pour un fou, mais pour un original. Il n'est donc pas question dans ce mémoire de l'individualisation que Magnan fera plus tard de ces troubles en les réunissant sous une même dénomination syndromique. Mais c'est sur l'impulsion que Magnan s'appuie pour démontrer qu'un délire partiel traduit un trouble intellectuel général ; c'est en l'analysant dans ses détails qu'il arrive à établir que les monomanies, au sens où l'entendait Esquirol, ne sont que des réactions partielles d'un désordre profond de l'intelligence tout entière. Leur mobilité, leurs transformations constantes prouvent bien que le fond mental est touché en général, et que les idées délirantes n'en sont que les manifestations passagères. S'il y avait réellement délire partiel, il ne varierait pas dans son expression et demeurerait immuable. Nous ne verrions pas s'intervertir et se succéder « le collectionnisme, la bellonophobie, la crainte d'avoir volé ». Cette mutation des troubles les uns dans les autres démontre surabondamment, à ses yeux, qu'ils ne sont que des manifestations passagères et presque accidentelles d'une altération intellectuelle plus profonde et plus cachée qui les conditionne.

C'est dans un mémoire paru en mars 1881 que Magnan exposa ses premières « Etudes cliniques sur les impulsions et les actes des aliénés (1) ». Cette production marquait une orientation nouvelle de son activité. Le début de ses travaux remonte, en effet, à 1864, lorsqu'il commença son internat à Bicêtre ; ils portent surtout sur l'expérimentation et l'anatomie pathologique et sont manifestement la continuation de l'œuvre de Marcé (2), et de celle de Baillarger (3). L'avenir de la psychiatrie était pour eux dans la voie anatomo-clinique où les troubles se superposent aux lésions. L'examen minutieux des uns trouvait dans les modifications morphologiques des autres une explication objective et dénuée de toute hypothèse ou théorie. Cette vue essentiellement mécaniste fit sur Magnan une impression profonde et jamais il ne se départit de cette méthode. Pendant quinze ans, il suivit

(1) MAGNAN. — *Etudes cliniques sur les impulsions et les actes des aliénés*, *Tribune médicale*, mars 1881, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, pp. 353-373 (Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne, *Revue scientifique*, 26 février 1881).

(2) MARCÉ. — *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

(3) BAILLAGER. — *Recherches sur les maladies mentales*, 2 vol., pp. 734 et 739. Paris, Masson, 1890.

scrupuleusement cette règle dans toutes ses recherches. Et ce ne fut que lorsqu'il entreprit ses études sur les impulsions qu'il parut s'en écarter pour s'engager dans une voie plus psychologique. En réalité, ce n'était qu'une apparence, car plus tard il devait appliquer aux impulsions, aux perversions sexuelles et aux obsessions, les conceptions essentiellement anatomiques de ses débuts. Mais à ce moment, il paraissait prendre une direction nouvelle et modifier le sens de ses travaux. Falret (1) ne fut peut-être pas sans influence sur ce changement d'orientation scientifique qui s'opéra chez lui.

Une autre notion sera prépondérante : la prédisposition héréditaire.

Une donnée positive se suffit habituellement et éloigne les facteurs plus mystérieux dont les rapports de causalité sont moins évidents. Ainsi, une lésion anatomique conditionnant un symptôme a une signification plus nette que l'élément prédisposition. De même, une intoxication (essence d'absinthe par exemple), permettant de modifier expérimentalement les désordres et par là d'en apprécier les variations, a une portée plus précise que le facteur hérédité. C'est lui cependant qui fixa l'attention de Magnan.

Serrant le problème de près, il tenta de montrer la même tare chez l'ascendant et chez le rejeton et, dans certaines observations, il distingua chez le même malade l'élément pathologique dépendant du père de celui revenant à la mère. Ce caractère positif de l'hérédité ressort surtout de l'hérédité similiaire particulièrement fréquente, qui lui permettait de suivre la tare logiquement, de la première génération aux autres.

Ces recherches sur l'hérédité trouvèrent-elles un aliment dans les travaux de Morel (2), élève lui-même de Falret qui, dans sa classification des dégénérés, avait fait une place aux obsédés et aux impulsifs, mais qui surtout avait accompli une véritable révolution en médecine mentale et même en médecine générale, en esquissant dans son remarquable traité des dégénérescences les doctrines de l'évolution (3), de l'adaptation au milieu, de la lutte pour la vie et en insistant sur le rôle des intoxications, parmi lesquelles l'alcool, la pélagre, etc... Subissait-il, à vingt ans d'in-

(1) FALRET. — *Op. cit.*

(2) MOREL. — *Traité des dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*. Paris, Baillière, 1857, 1 vol. et 1 atlas avec 12 planches.

(3) La publication du traité de Morel sur les dégénérescences date de 1857, le livre de Darwin sur l'origine des Espèces par voie de sélection naturelle ne parut qu'en 1859.

tervalle, l'influence de son ancien maître Prosper Lucas (1), dont l'œuvre restait un monument et dont la profonde érudition l'avait sûrement impressionné, même à son insu, pendant le temps où il avait été son interne. Mais la vérité est peut-être plus simple et il faut plutôt la chercher dans l'indépendance d'esprit de Magnan et dans son intuition personnelle.

Ce n'est pas amoindrir Magnan que de montrer dans ses travaux la trace de ses devanciers et de ses maîtres. Si originale que paraisse une conception ou une découverte, une proposition antérieure la contient presque toujours en germe et aucune connaissance n'apparaît spontanément. Mais elle est la conséquence logique d'autres données, qui démontre l'apport créateur dont le rôle est surtout d'enrichir et de parfaire. Pour reprendre un mot de Littré (2) : « La Science d'aujourd'hui est fille de la Science d'hier », elle s'augmente de l'effort de chaque génération et les découvertes de demain découleront de celles d'aujourd'hui.

\*  
\*\*

Dans un mémoire paru en 1882 en collaboration avec Charcot (3), sur l'« Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles », il précise ses idées et agrandit le cadre des impulsions en décrivant des perversions sexuelles qui constituent des cas nouveaux. Il en relate les observations minutieusement suivies et étudiées avec précision dans leurs détails. Revenant sur l'exhibitionnisme, il affirme encore qu'il ne s'agit pas d'une forme mentale spéciale ; car dans les faits qu'il rapporte, il montre que les désordres observés relèvent non d'une monomanie instinctive, c'est-à-dire d'un trouble intellectuel partiel, mais d'un état de dégénérescence. La preuve lui en est fournie par l'examen du passé des malades : hérédité lourde et manifestations psychopathiques dès l'enfance. En somme, à côté de troubles apparents, il faut avant tout tenir compte d'un état morbide plus profond et plus étendu qui aiguille les impulsions dans leur sens anormal. Ce fond morbide prime la forme dans les obsessions ou les impulsions... Des observations variées, dont les particularités présentent un gros intérêt clinique, surtout si l'on se reporte à

(1) PROSPER LUCAS. — *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*. Paris, Baillière, 1847, 2 vol., pp. 626-936.

(2) LITTRÉ. — *Union Médicale*, série II, t. XXII, Paris, 1864, p. 93 et suiv.

(3) MAGNAN. — Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles (en collaboration avec Charcot). *Archives de Neurologie*, n° 7 et 12, 1882 ; in *Recherches sur les Centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 174 et 202.

l'époque où elles parurent, illustrent ces notions. Un cas d'inversion sexuelle y est décrit et constitue la première publication en France sur ce sujet. On y voit mentionnées également des observations de fétichismes comme ceux des bottines de femmes, des bonnets de nuit et des tabliers blancs. Mais quelle que soit la valeur de ces documents, elle est minime au regard du véritable intérêt de ce travail : l'analyse d'un fonds morbide toujours identique qui, chez tous, conditionne l'éclosion de désordres, semblables dans leur genèse, multiples dans leur expression.

Magnan (1) développe la même doctrine dans son mémoire sur la dipsomanie, paru en 1884. Là encore, comme pour les autres impulsions, il montre qu'il ne s'agit pas d'une monomanie particulière, véritable manie distincte, mais bien d'une manifestation épisodique de la folie héréditaire, où le facteur prédisposition joue un rôle prépondérant. Les actes des dipsomanes démontrent que ces malades se comportent comme le feraient des individus mal équilibrés avec leurs anomalies constantes du caractère, qui les distinguent déjà dans leur jeunesse des autres enfants. Ce substratum psychique prime donc chez ces sujets la manifestation dipsomaniacale, qui n'en est qu'une expression variable.

La sitiomanie (2), dont les accès présentent les mêmes caractères fondamentaux que la dipsomanie, en est la réplique. Elle en diffère seulement en ce que l'impulsion se traduit par un désir insatiable de manger. Tous les aliments sont bons au malade et s'il se reproche sa gloutonnerie, il ne s'en corrige pas. Cet appétit maladif le pousse au suicide, mais au fond, le même trouble mental qui est la déséquilibration, ne fait jamais défaut.

La folie des antivivisectionnistes (3) dépasse la simple impulsion. Car l'obsession s'y combine à la paranoïa, qui est l'expression la plus haute du délire systématisé. Se lamentant sur les souffrances des animaux, le malade présente un véritable état d'angoisse lorsqu'il est témoin d'un accident ou d'un acte de brutalité sur un animal. Ici, l'amour exagéré des animaux devient, pour les héréditaires qui sont atteints de cette affection, une véri-

(1) MAGNAN. — Leçons cliniques sur la dipsomanie, recueillies par M. Briand. *Progrès Médical*, Paris, 1884 ; in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2<sup>e</sup> édit., p. 89-164.

(2) MAGNAN. — Observation de sitiomanie (limomanie) ; impulsion irrésistible à manger. *Archives de Neurologie*, vol. X, n° 28, juillet 1885, p. 115 et *Annales Médico-Psychologiques*, 7<sup>e</sup> série, t. II, 1883, p. 241.

(3) MAGNAN. — *De la folie des antivivisectionnistes*. Communication à la Société de Biologie, 27 février 1884 ; in *Recherches sur les Centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 269-277.

table obsession au point de ne laisser de place à aucune autre préoccupation. Cette manifestation morbide n'est pas une espèce pathologique nouvelle, mais simplement un syndrome épisodique, l'une des manifestations variées par lesquelles se traduit la folie héréditaire. Bien que pathologique, cet élément idéatif est d'un ordre plus élevé et d'une tenue intellectuelle plus haute que le contenu habituel d'une simple impulsion. Il prépare déjà le mémoire suivant, qui touche à l'efflorescence même de la vie mentale. L'onomatomanie publiée en collaboration avec Charcot (1) est en effet l'apanage de la classe supérieure des dégénérés ; car ces malades ne dépassent jamais la simple déséquilibration, leur trouble n'étant qu'une manifestation épisodique de la folie héréditaire. Cette nouvelle modalité pathologique est l'obsession ou l'impulsion d'un mot insignifiant.

Ce travail, étayé par plus de trente observations, est imposant, tant par sa richesse de détails que par sa variété clinique. Mais la conclusion reste toujours la même : lourde hérédité et multiples manifestations dès l'enfance.



En résumé, Magnan voit dans l'impulsion une atteinte globale de l'intelligence, bien que cette atteinte ne paraisse que partielle. Il lui assimile l'exhibitionnisme, qui devient ainsi un cas particulier de l'impulsion ; les autres perversions sexuelles ne sont elles-mêmes que des variétés d'impulsions accompagnées d'anomalies sexuelles. L'onomatomanie, qui est une des formes les plus pures de l'obsession, révèle à son tour un même mécanisme. Et en conséquence, une même cause déterminante en conditionne le développement. La fusion des impulsions et des obsessions est donc acquise, car la nature du trouble est la même et elles ne diffèrent que dans la mesure où l'idée diffère de l'acte. Les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles sont donc des troubles analogues et elles relèvent du même mécanisme.

Magnan leur assigna une place en nosologie et détermina leur cause étiologique, mais une description clinique restait à faire et un cadre symptomatique à élaborer. L'ensemble devait être isolé et avoir ses signes propres et sa place à part. Il fallait que ses éléments fussent distraits des affections auxquelles ils se

(1) MAGNAN. — De l'onomatomanie. *Archives de Neurologie*, n° 29 et suivants (en collaboration avec Charcot), in *Recherches sur les Centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 278-333.

trouvaient mêlés, qu'ils fussent séparés des monomanies particulières et des formes vésaniques ou des systèmes délirants. Une analyse détaillée et une description précise de ces troubles font l'objet d'un ouvrage paru en 1895 avec la collaboration de Legrain (1). Nous ne saurions citer M. Legrain sans saluer son nom au passage et lui apporter notre tribut de reconnaissance. Ce livre, « Les Dégénérés », est une large synthèse de la question. L'obsession et l'impulsion y sont rapprochées et même étroitement liées, au point qu'elles semblent la réplique l'une de l'autre. Toutes deux ont, en effet, à leur base, une idée fixe incoercible qui s'impose à l'esprit. Les efforts tentés pour chasser ces idées parasites qui rompent le cours normal de la pensée y sont minutieusement décrits. On y voit l'angoisse toujours croissante et la lutte d'autant plus tenace que le sujet est plus défaillant. Le sentiment de détente consécutif à la réalisation de l'acte ou à l'achèvement de l'idée y est analysé avec précision. Une symptomatologie nette et des signes positifs sont tracés pour ces deux troubles : obsession et impulsion dont les manifestations extérieures ne seraient que des expressions passagères et variables.

\*\*

Tous ces désordres relèvent en définitive d'une même cause : un état psychologique particulier dû à l'intensité et à la fixité des images mentales, ainsi qu'à l'exagération de l'émotivité. Magnan distingué ainsi comme éléments primordiaux de l'obsession : l'élément conscient, persistance de la lucidité, l'élément intellectuel, ténacité et tyrannie de l'idée qui s'impose et provoque une lutte intérieure ; l'élément émotif, angoisse toujours croissante jusqu'à défaillance de la volonté. Chacun de ces éléments avait eu ses partisans, pour voir en lui l'origine et la cause des obsessions. Les uns n'en faisaient-ils pas des folies lucides dont la base était la conservation de la conscience ? D'autres les considéraient au contraire comme des paranoïas rudimentaires, mettant ainsi l'élément intellectuel au premier rang parmi leurs causes de production ; d'autres enfin voyaient avant tout dans le délire émotif la condition des troubles obsessionnels et Morel (2) allait même jusqu'à en faire une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral.

(1) MAGNAN et LEGRAIN. — « *Les Dégénérés* » ; état mental et syndromes épisodiques. Bibl. Charcot-Deborde, 1 vol. in-12, pp. 235, Paris, Rueff, 1895.

(2) MOREL. — Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Archives Générales de Médecine*, 1866.

Magnan eut le mérite de tenir la balance égale entre ces façons de voir. Tout en constatant l'existence de ces différents troubles psychologiques, il ne les mit pas sous la dépendance les uns des autres et au lieu de les placer dans une subordination respective, comme si l'un d'eux jouissait d'une importance primordiale et prenait le pas sur ses partenaires, il leur chercha une cause commune. Cette cause plus haute était à ses yeux le manque de synergie des fonctions intellectuelles ou leur déséquilibre. Chez de tels sujets, les diverses fonctions psychiques ne conservaient plus en effet leur tonus habituel et ne réagissaient qu'imparfaitement les unes sur les autres. Une désharmonie de l'ensemble était la conséquence de ce dérèglement psychique comportant une mobilité d'allure et une variabilité d'aspect dont l'aboutissant était une instabilité intellectuelle générale. Leur place était donc toute désignée dans ce cadre de la dégénérescence créé par Morel (1) dans une conception géniale. Rattachées ainsi à la dégénérescence, les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles n'étaient en somme que les manifestations épisodiques de ce désordre. Elles en constituaient les stigmates psychiques qui s'opposaient aux stigmates physiques, et leur caractéristique était d'être mobiles, variables, facilement interverties et substituées les unes aux autres. Mais la fatalité voulut que Morel (2) et Magnan aient différé d'opinion sur le sens qu'ils attribuaient à la dégénérescence dont ils étaient les premiers artisans. Pour Morel (3), la dégénérescence était une branche de l'histoire naturelle, dont l'apport venait enrichir le domaine. Car il ne la limitait pas à un cadre strictement médical et il débordait largement dans le champ de la biologie générale.

Magnan, au contraire, voyait la dégénérescence au travers de ses recherches antérieures sur l'expérimentation et l'anatomie pathologique et au travers des idées de l'heure : les localisations cérébrales qui jouissaient de la faveur du Monde de la Neurologie et de la Science et les infections dont le rôle commençait à être dévoilé. Par elles-mêmes, ces connaissances plaisaient à Magnan, tant par leur caractère mécaniste que par leur précision et leur objectivité. Pour lui, la dégénérescence consistait en une désharmonie ou un déséquilibre des diverses fonctions psychiques et la cause en était une lésion anatomique, qui provoquait une irritation et un défaut d'action des centres les uns sur les autres. Les centres nerveux étant reliés entre eux par des

(1) MOREL. — *Op. cit.*

(2) MOREL. — *Op. cit.*

(3) MOREL. — *Op. cit.*

fibres de connexion, il résultait qu'une lésion de ces fibres modifiait, de même qu'une lésion des centres, le fonctionnement des zones sous-jacentes. Et comme il pensait que ces lésions étaient imputables à des processus inflammatoires, la dégénérescence mentale se réduisait, en dernière analyse, à une inflammation de l'axe cérébro-spinal datant, soit de la période fœtale, soit des premières années de la vie. Ce déséquilibre des fonctions psychiques, cette désharmonie dans l'action mutuelle des centres nerveux, il les voit dans toutes les classes qui constituent le groupe des dégénérés, depuis les plus dégradés dans l'échelle intellectuelle jusqu'aux plus élevés, et l'explication des troubles observés reste la même pour tous.

\*  
\*\*

Quoi que l'on dise, l'interprétation et l'hypothèse sont inséparables, non seulement de toute doctrine, mais de tout travail scientifique. Magnan connut cette loi et l'interprétation comme l'hypothèse eurent leur part dans son œuvre.

Il raisonnait par analogie lorsqu'il mettait les troubles de la dégénérescence sous la dépendance des lésions des centres nerveux et de leurs fibres de connexion ; il raisonnait encore par analogie lorsqu'il supposait que les lésions chez les dégénérés supérieurs étaient les mêmes que celles observées chez les dégénérés inférieurs. Il subit l'action de son époque et des idées alors en faveur. Lorsqu'il faisait dépendre la dégénérescence de lésions inflammatoires de l'axe cérébro-spinal, il suivait le développement logique du testament scientifique de son premier maître Marcé qui, à l'aurore de sa carrière psychiatrique, avait fait sur lui une impression si profonde et qu'une mort prématurée et tragique avait encore grandi à ses yeux. Baillarger n'y ajoutait-il pas aussi le poids de toute son autorité ?

Tout appoint théorique ne lui fut donc pas toujours étranger. Mais pour Magnan, et en ce sens il voyait comme Charcot, la théorie n'avait rien de limitatif, ni de figé. Ce terme n'avait pas à ses yeux le sens immuable et profond que le philosophe attache au « concept » ou le savant « au type et à la loi ». Pour lui, ce n'était qu'un procédé transitoire et commode de grouper temporairement les faits à un moment de la Science, quitte à l'abandonner dès que quelque connaissance nouvelle en aurait modifié la valeur et la portée. Ce qu'il voulait, c'était englober les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles dans une même formule, facile et simple, en harmonie avec les idées médicales de l'époque, où tous les faits relèveraient d'une même cause et s'explique-



raient les uns par les autres. Il l'envisageait et l'analysait sous ses quatre angles : anatomique, physiologique, psychologique et clinique. Anatomiquement, les troubles étaient dus à une inflammation des centres nerveux et de leurs fibres d'association, d'où irritation et inhibition de ces centres, et consécutivement de leurs fonctions. Physiologiquement, le dérèglement du fonctionnement, par excitation ou phénomène d'arrêt, amenait une perturbation profonde dans l'action réciproque des centres, d'où déséquilibre général. Ce déséquilibre était peut-être le caractère le plus profond de la dégénérescence, car il en atteignait toutes les classes et tous les domaines. Psychologiquement, ce déséquilibre général, en raison de l'excitation de certains centres et de l'arrêt du pouvoir inhibiteur de certains autres, déterminait une fixité et une intensité particulière des images mentales dont la conséquence était, soit une obsession (arrêt psychique), soit une impulsion (passage brusque à l'acte), soit une perversion sexuelle (réunion d'une obsession et d'une impulsion avec anomalie sexuelle). Enfin, cliniquement, le trouble était marqué par la persistance d'une idée dont le caractère incoercible et étranger en faisait une pensée parasite, par l'angoisse toujours croissante jusqu'à sa réalisation, enfin par la détente consécutive à l'acte.

S'il est vrai que l'Unité est le but final de la Science, ce motif fait justice à Magnan de ce que ses travaux peuvent contenir d'hypothèse ou de théorie. Par contre, descriptions exactes, observations fidèles, analyses scrupuleuses, sont le support de sa doctrine qui forme un bloc et un tout homogène. Son œuvre, faite de précision et de clarté, porte l'empreinte de ce génie qui lui fut propre et qui reflète celui du Pays tout entier : la profondeur unie à la simplicité.

---

# L'ŒUVRE MÉDICO-LÉGALE DE MAGNAN

PAR

V. TRUELLE

Pas plus qu'il n'a publié de *Traité de Pathologie mentale*, Magnan n'a écrit d'ouvrage théorique d'ensemble de Médecine légale. Et pourtant, en cette matière comme dans les autres, son œuvre est des plus riches et des plus instructives.

A ceci, il apparaît que l'on peut trouver une explication. Esprit essentiellement positif, ennemi des vues *a priori*, s'efforçant toujours de n'appuyer la synthèse et la théorie que sur l'analyse et la critique des faits observés, le Maître de l'Admission est resté en Médecine légale comme en Médecine mentale en général, dans la pure tradition française : celle qu'illustraient déjà les Bail-larger, les Morel, les Falret, etc..., qu'un peu plus tard devait à son tour non moins illustrer M. Séglas. Je veux dire la méthode qui, selon l'expression même de Magnan, consiste à « interroger les faits » pour n'en tirer qu'ensuite, soit les conclusions pratiques, soit les déductions synthétiques et théoriques qui, dans l'état des connaissances médicales d'alors, apparaissaient en découler logiquement.

Méthode avant tout d'observation, d'analyse et de critique. Mais observation remarquablement sagace chez Magnan, remarquablement étendue aussi puisqu'elle ne porte pas seulement sur le moment morbide, mais sur la vie entière du sujet et sur ses ascendances, puisqu'elle s'efforce de connaître, non seulement le psychisme du malade, mais encore toute sa constitution organique et fonctionnelle, puisqu'elle étaye et contrôle les données cliniques par celles que peut fournir l'anatomie et la physiologie pathologiques comme aussi l'expérimentation.

Analyse et critique à la fois minutieuses et savantes qui, tout en ne laissant rien échapper, prennent soin de différencier l'essentiel de l'accessoire, de subordonner entre eux les symptômes

constatés, et de s'éclairer à la lumière des vérités comme des erreurs que les autres ont pu découvrir ou commettre.

D'autres des qualités magistrales de Magnan se retrouvent dans ses considérations et ses rapports médico-légaux — où tout spécialement elles sont des plus précieuses parce que, là, nécessaires et essentielles — c'est la clarté, l'aisance, la simplicité apparente de ses expositions et l'impeccable logique de ses déductions et conclusions.

Signalons encore une caractéristique de l'œuvre de Magnan, c'est le souci constant de tirer des faits et des séries de faits toutes les déductions pratiques que ceux-ci comportent. D'où la préoccupation toujours présente d'adjoindre à l'élaboration d'une Pathologie mentale basée sur l'observation et la critique, les conclusions thérapeutiques, hygiéniques, sociales auxquelles conduisent cette observation et cette critique.

Et c'est pourquoi nous voyons Magnan formuler à chaque instant des considérations médico-légales qui complètent, précisent, et, pourrait-on dire, justifient pratiquement l'exposé clinique qui précède.

Dans cette partie de l'œuvre de Magnan, on retrouve naturellement toutes les qualités de science éclairée, d'observation approfondie, de critique subtile, de pondération et de bon sens qui imprègnent ses autres travaux. Qualités d'autant plus précieuses ici qu'elles sont pour nous un permanent modèle de toute application de la Psychiatrie à la Médecine légale. Reproduire intégralement même la seule œuvre médico-légale de Magnan, à l'exclusion des travaux de ses élèves, lesquels cependant ne sont le plus souvent que la paraphrase ou le développement de ses idées, dépasserait les limites qui nous sont ici imparties. Ce serait aussi devant vous, qui n'ignorez rien de cette œuvre, faire un travail oiseux. Je me bornerai donc à un certain nombre de points plus particulièrement typiques ou auxquels il apparaît que notre Maître s'est plus spécialement attaché.

Ce seront ceux qui concernent :

- « les Paralytiques généraux,
- « les Alcooliques,
- « les Epileptiques,
- « les Héréditaires dégénérés dans leurs syndromes épidodiques,
- « les Persécutés-persécuteurs,

à quoi il conviendra d'ajouter quelques remarques sur la simulation de la folie, et sur les aliénés méconnus devant les tribunaux.

## A. — LA PARALYSIE GÉNÉRALE

On peut ici être très bref. Mais ce qu'il convient d'abord de faire remarquer, c'est qu'au temps où Magnan travaillait et enseignait le domaine de l'Encéphalite chronique interstitielle diffuse, ainsi qu'il dénomma la maladie de Bayle, était encore mal défini. Plus que tout autre, il a contribué à en préciser la physionomie clinique et à en hiérarchiser les symptômes, établissant que le signe psychique cardinal en était l'affaiblissement intellectuel global, et que de ce signe étaient marquées et imprégnées toutes les autres manifestations de l'activité mentale, et spécialement toutes les réactions dont l'appréciation pouvait être soumise au médecin-légiste.

« La démence si particulière, écrivait-il dès 1868, dans une phrase qui résume presque toute la médecine légale de la paralysie générale, la démence que présente le paralytique général l'expose à des actes indéliçats et à des délits de toute nature qu'il commet avec une souveraine imprévoyance. »

La difficulté, beaucoup plus grande qu'aujourd'hui en l'absence des données biologiques dont nous disposons, était de pouvoir rattacher à sa véritable cause morbide le déficit mental constaté, souvent fruste ou d'appréciation délicate. Et c'est ici tout spécialement que ses qualités d'observateur pénétrant et de clinicien remarquablement entraîné ont pu servir Magnan, et lui permettre soit de libérer de la sanction des tribunaux tel ou tel délinquant regardé *a priori* comme un cynique malfaiteur, soit d'infirmier la valeur légale de tel ou tel acte civil accompli spontanément ou à l'instigation d'habiles entremetteurs. Pour Magnan, et cela ne pouvait être que la vérité médico-légale à une époque où tout paralytique général, sauf quelques très rares exceptions, était fatalement et rapidement voué à une déchéance progressive et à une démence, non seulement globale, mais encore totale, pour Magnan, tout paralytique général devait être considéré comme pénalement irresponsable et civilement incapable, quel que soit, au moment de l'acte en cause, le degré de sa maladie.

## B. — L'ALCOOLISME

Les travaux de Magnan sur l'alcoolisme, travaux d'observations et de descriptions cliniques, d'expérimentation, d'anatomie pathologique, sont trop présents à l'esprit de chacun pour qu'il soit besoin d'y insister. Du point de vue qui doit nous occuper ici, notons seulement l'insistance mise par Magnan à signaler

la nocivité sociale, non seulement de l'alcoolique délirant, mais aussi du simple éthylique chronique abruti dans ses facultés morales et dans son pouvoir de contrôle personnel, celle surtout de l'absinthique violent, impulsif, voire épileptique. Notons aussi, chose bien connue maintenant de tous les médecins-légistes, le rôle favorisant, incitateur pourrait-on dire, d'un appoint alcoolique dans le déclenchement des actes délictueux les plus divers, et notamment de ceux qui dérivent de la sexualité, rôle sur lequel Magnan s'est étendu dans nombre de ses leçons et de ses publications, montrant par surcroît que cet appoint alcoolique pouvait être d'autant plus faible et ce rôle incitateur d'autant plus puissant que le sujet mis en cause était plus gravement pré-disposé, plus « dégénéré ».

A ces considérations, on pourrait ajouter tout ce que Magnan a dit et écrit sur le rôle de l'alcoolisme comme facteur de dégénérescence perverse et de délinquance ou de criminalité chez les descendants ; mais ce serait proprement sortir du cadre qui nous est ici tracé.

On ne peut toutefois passer sous silence les travaux du Maître sur la Dipsomanie, car ils ont une particulière importance au point de vue qui nous occupe. En différenciant le dipsomane, véritable malade, du vulgaire ivrogne ou du buveur d'habitude, Magnan a fait œuvre médico-légale parfaitement justifiée. Il est évident, ainsi qu'il l'indique, que l'on ne saurait tirer les mêmes conclusions au point de vue de la responsabilité pénale de la délinquance occasionnée par l'ivresse d'un dipsomane ou d'un ivrogne vulgaire. La difficulté est de différencier l'un de l'autre. Magnan, par de multiples exemples, tous admirablement choisis, a su marquer cette différence. Nous n'y insisterons pas ici, chacun la connaît. Au surplus, les éléments de la discrimination se retrouveront implicitement plus loin lorsqu'il sera question des « syndromes épisodiques » dont la dipsomanie, malgré quelques traits particuliers, n'est qu'une des parties constituantes.

### C. — L'ÉPILEPSIE

« L'épilepsie, par les troubles intellectuels qui l'accompagnent, écrivait Magnan, est une des maladies mentales qui soulève les problèmes les plus ardues de la médecine légale. »

Et ceci reste toujours vrai. Les difficultés que rencontre à propos de cette maladie l'expertise psychiatrique proviennent d'une part de la pluralité des causes qui peuvent la faire naître ; de la diversité des formes qu'elle peut revêtir, de l'irrégularité de son

allure, des variétés de délits ou de crimes qu'elle peut susciter ; d'autre part, de la critique qu'il importe de faire lorsque, comme il arrive si souvent, elle est invoquée faussement ; de la discrimination enfin qui s'impose entre les circonstances opposées où peut se trouver l'épileptique délinquant ou criminel, opposition de circonstances d'où découleront des conclusions médico-légales également opposées. Toutes ces difficultés, Magnan s'est efforcé de les lever, ou du moins de les atténuer, en faisant de l'épilepsie une étude à laquelle du point de vue clinique et par suite du point de vue médico-légal, rien d'essentiel — on pourrait presque dire rien d'utile — n'a pu être ajouté par la suite. Permettez-moi, quelque connues que soient pour vous ces notions, de rappeler ce qu'il écrivait dès le début de ses leçons cliniques sur l'Epilepsie.

« Si, dit-il, l'épilepsie est bruyante et tapageuse, attire forcément les regards dans ses manifestations les plus étendues, d'autres fois, au contraire, elle est silencieuse, sournoise dans ses allures ; tantôt retirée, solitaire, elle ne se produit que la nuit et peut rester méconnue ; tantôt elle se montre au grand jour, mais si atténuée, sous des dehors tellement bénins, tellement inoffensifs, qu'elle est à peine remarquée par les gens qui entourent le patient ; quant à lui, il ignore absolument qu'il est atteint de la plus affreuse maladie. Tel est le cas où les paroxysmes de la grande névrose se traduisent par des vertiges sans spasmes musculaires, par des absences dans lesquelles une éclipse momentanée du moi laisse à l'automatisme toute son action aveugle. Cet automatisme, qui n'est autre que l'accomplissement d'actes sans intervention de la conscience, se trouve néanmoins sollicité, soit par la continuation ou la répétition d'une action familière au malade, dont l'exécution est devenue machinale, soit par le réveil de sensations passées, d'images mnémoniques recueillies par les centres perceptifs encéphaliques. »

Ne trouve-t-on pas dans ce court et brillant raccourci tous les mécanismes de la délinquance et de la criminalité possibles des épileptiques ? Et dans cet autre la caractéristique essentielle qui différencie les actes morbides de ces malades. « Les impulsions liées à l'épilepsie ont un caractère de fatale irrésistibilité qui dépasse de beaucoup... les tendances impulsives de tous les autres délirants. Elles ont, de plus, quelque chose de terrible et d'étrange : c'est l'inconscience absolue du malade, dans la plupart des cas. » Inconscience dont le corollaire est l'amnésie.

Nous ne suivrons pas le Maître dans les détails de ses exposés ni dans la multiplicité des exemples si typiques et parfois si dra-

matiques ou pittoresques qu'il produit. Nous nous limiterons, en le résumant encore avec une brièveté peut-être trop grande, à ce qui concerne exclusivement la médecine légale de l'épilepsie.

Rien à ce point de vue n'a été laissé dans l'ignorance et dans l'oubli par Magnan. Non seulement, en les illustrant des faits les plus démonstratifs généralement observés directement par lui, il insiste sur la diversité des crimes et des délits commis par ces malades au moment de leurs paroxysmes de formules différentes, mais aussi il prend soin d'attirer l'attention sur les divers troubles psychiques qui peuvent précéder l'attaque et conditionner toutes sortes d'actes répréhensibles qui, faute d'être rattachés à leur véritable cause, risqueraient d'entraîner des conclusions erronées d'imputabilité : modification de caractère dans le sens habituel de la nervosité, de l'irascibilité, de l'emportement, d'autres fois dans celui de l'expansivité. Il prend soin également de donner des exemples de cette forme « intellectuelle » de l'aura au cours de laquelle sont susceptibles de se produire, tantôt sous une forme délirante, tantôt sous une forme apparemment logique et coordonnée, les actions les plus étranges ou les plus dangereuses. Choses non moins importantes, il insiste enfin, toujours avec des exemples à l'appui, sur les cas de « folie momentanée » qui peuvent précéder, remplacer, ou le plus souvent suivre l'attaque proprement dite ; sur les continuations automatiques au cours des « absences » d'un acte précédemment commencé, ou les accomplissements au cours de ces mêmes absences d'une action possiblement en correspondance avec les sentiments intimes du malade, mais qui, sans cet obscurcissement subit de la volonté consciente, serait resté dans le domaine des velléités réfrénées ou même dans celui plus ou moins ignoré de la subconscience ; sur ces sortes de fugues parfois prolongées, compliquées, d'apparence lucides, dont l'amnésie consécutive vient pour ainsi dire contresigner la nature morbide, à moins qu'elle ne soit brusquement dévoilée par une attaque convulsive terminale ; sur les caractères enfin de violence, d'acharnement, d'énormité dans le drame, et d'immotivation, qui, souvent, permettent d'inférer d'emblée la nature épileptique des crimes accomplis par ces malades, et même sur les cas, pour rares qu'ils soient, d'amnésie retardée. Sachant éviter les excès doctrinaux, Magnan ne manque pas non plus de mettre en garde sur le caractère généralement épisodique et transitoire de l'irresponsabilité de l'épileptique ; à moins que ceux-ci, par l'effet de la persévérance et de l'aggravation de leur maladie, c'est-à-dire des lésions cérébrales qui la conditionnent, ne versent irrémédiablement dans

un de ces états de déchéance intellectuelle auxquels on a donné le nom de démence épileptique.

Certes, nous sommes loin d'avoir tout dit concernant l'œuvre médico-légale de Magnan sur l'épilepsie ; mais nous devons nous borner ; au surplus, que pourrait-on ajouter qui ne soit connu de vous tous ?

#### D. — LES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

Nous abordons ici l'une des parties les plus caractéristiques et les plus personnelles de l'œuvre de Magnan, celle où se montrent peut-être le mieux ses qualités de savant renseigné et d'observateur minutieux, aussi fin dans la critique et l'analyse, que puissant dans la synthèse et la généralisation. Même en ne considérant cette œuvre que du point de vue médico-légal, on pourrait sur elle écrire un volume entier, puisque les manifestations psychopathiques des héréditaires dégénérés, tel que les concevait Magnan, sont susceptibles de revêtir presque toutes les formes morbides, et de conditionner par conséquent presque toutes les réactions antisociales dont peuvent se rendre coupables les malades mentaux. Sur ce terrain donc, il nous faut aussi nous limiter.

Parce que plus particuliers, plus discutés aussi, et d'interprétation encore actuellement plus délicate, nous nous bornerons à évoquer ici les conceptions et les déductions médico-légales de Magnan en ce qui concerne d'une part les « syndromes épisodiques » des dégénérés, et d'autre part les anomalies sexuelles — celles-ci rentrant d'ailleurs en grande partie dans ceux-là. Chacun connaît la thèse généralisatrice de Magnan : toutes ces bizarreries de comportement et de réactions, toutes ces « manies », toutes ces « phobies » décrites isolément sous les noms les plus divers et les plus étranges, ne sont qu'un des modes particuliers d'expression d'un état anormal, ou plus exactement d'un substratum psychopathique plus général, la dégénérescence mentale.

\* Dégénérescence le plus souvent d'origine héréditaire, mais parfois possiblement acquise. Substratum que Magnan définit ainsi lui-même : « Ce qui, dans la folie des héréditaires, prédomine au point de vue mental, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre, non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites, d'une part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère. »



Cette notion de déséquilibre, de désharmonie est assurément capitale. Elle implique, et Magnan ne manque pas de le faire ressortir à toute occasion, non seulement l'intermittence, l'épisodicité des symptômes morbides constatés ou allégués, mais aussi leur variabilité et leur multiplicité. C'est, semble-t-il bien, pour une grande part du moins, l'oubli de ce caractère fondamental qui a incité jadis certains médecins à accepter trop facilement les dires intéressés et souvent suggérés de toute une catégorie de délinquants d'habitude qui cherchent l'impunité dans l'allégation d'une force à laquelle ils n'ont pu résister. Certes, cette notion d'irrésistibilité dominatrice de la volonté du sujet malgré la pleine conscience où il demeure, Magnan l'a décrite avec insistance, et il en a fait le fondement de ses conclusions d'irresponsabilité à l'égard de ces sujets impulsivement poussés malgré eux à commettre tel ou tel acte criminel ou délictueux (homicide, incendie, vol, exhibitionnisme, pour ne citer que les principaux). Mais aussi, il a pris soin de noter tous les concomitants psychiques et organiques qui, nécessairement, doivent accompagner ces impulsions conscientes dites par lui dégénératives (idée, sentiment, préoccupation, tendance, subitement envahissants, progressivement obsédants ; résistance consciente et persévérante de plus en plus pénible, allant jusqu'à l'angoisse ; détente et satisfaction consécutives à l'accomplissement de l'acte ; troubles moteurs, cardio-vasculaires, sécrétoires, qui coïncident avec l'opposition à l'acte). Il a pris soin, également, de dégager de l'observation complète du sujet considéré au cours de toute son existence cette épisodicité, cette mutabilité, cette multiplicité des symptômes morbides auxquelles il vient d'être fait allusion ; comme aussi l'extrême fréquence, sinon la constance, des manifestations anormales apparues dès l'enfance. Enfin, loin de tomber dans les excès trop souvent commis après lui, il a dit et répété à plusieurs reprises dans ses écrits et dans ses leçons que dans leurs formes criminelles ou délinquantes, qu'il s'agisse de la simple kleptomanie ou de l'exhibitionnisme banal, ou des impulsions plus graves à l'homicide ou à l'incendie, il était peu fréquent que ces malades passent à la réalisation de l'acte. Si donc on peut et on doit le suivre lorsqu'il conclut dans ces conditions à l'irresponsabilité de pareils sujets et à leur internement corrélatif, il faut bien savoir qu'aux allégations du prévenu il importe d'opposer tout d'abord une critique serrée et un examen méthodique et complet.

Il n'en reste pas moins, et Magnan n'a garde de le dissimuler, il n'en reste pas moins de grandes difficultés pratiques dans la

solution médico-légale de ces problèmes. Le tableau clinique si impressionnant qu'il a dressé est loin d'être toujours au complet. Il n'est pas toujours facile de faire la balance entre ce qui ressort, dans l'exécution de l'acte, à l'intensité de l'impulsion ou de la tendance et à la faiblesse involontaire ou consentie de la résistance du sujet. De plus, ici comme partout en médecine, il est des formes ébauchées, incomplètes, frustes, ou au contraire compliquées. Et c'est tout particulièrement alors qu'à l'exemple de Magnan le médecin-expert doit tenir constamment en éveil sa sagacité, sa critique et aussi son bon sens.

### E. — LES ANOMALIES SEXUELLES

Sur les « Anomalies, aberrations et perversions sexuelles », Magnan a publié, on le sait, une longue série de travaux. On sait aussi sa conception d'après laquelle ces sujets rentrent dans le vaste cadre des déséquilibrés dégénérés. Ce que l'on sait également, d'autre part, c'est la fréquence des applications médico-légales que comportent ces cas. Sans revenir sur le fait des exhibitionnistes, sans rappeler la notion bien connue qu'en dehors de l'exhibitionnisme-syndrome épisodique il existe de nombreux malades insuffisants ou affaiblis intellectuellement, momentanément obnubilés ou excités, susceptibles de se livrer à cette action dans des conditions qui doivent conduire l'expert à des conclusions d'irresponsabilité, nous noterons seulement ici le soin minutieux qu'a pris Magnan de mettre en évidence les caractères susceptibles de différencier parmi les individus qui se livrent à des comportements sexuels anormaux les plus variés et les plus étranges ceux chez qui ces comportements restent étrangers à leur volonté, parce que le fait d'une constitution et de tendances anormales. Ces notions, à l'époque où enseignait Magnan, étaient d'autant plus importantes du point de vue médico-légal qu'elles étaient encore mal connues, spécialement du grand public et des tribunaux. Il n'en reste pas moins, et Magnan n'a eu garde de le dissimuler, que les infractions résultant de ces anomalies constituent presque toujours des problèmes médico-légaux délicats à résoudre. C'est, ainsi qu'il l'a montré, l'étude complète du sujet lui-même, la connaissance aussi entière que possible de toute son existence et de ses ascendances, la critique des circonstances des faits qui, en dehors de toute conception théorique *a priori*, doivent guider l'expert et orienter ses conclusions.

## F. — LES PERSÉCUTÉS PERSÉCUTEURS

« Le persécuté-persécutateur, écrit Magnan, appartient à la grande famille des dégénérés. » Et cette thèse, il l'affirme encore lorsqu'il oppose cette variété de psychose à son délire chronique évolutif. « Tandis que chez le délirant chronique, dit-il, l'affection mentale contrastait avec le passé cérébral du sujet, pour le persécutateur au contraire, elle n'est que l'exagération du caractère antérieur chez un individu toujours mal équilibré. »

Que l'on admette ou non cette conception, il n'en reste pas moins que chez ces malades on retrouve dès l'origine une série d'anomalies psychologiques qui déjà, par elles-mêmes, les prédisposent à des comportements plus ou moins antisociaux, anomalies que l'on peut, d'après Magnan, résumer brièvement ainsi : tendance à la fixation et à la prévalence de certaines idées, exagération de la personnalité, exaltation psychique, lacunes morales. Ceci, joint à l'insidiosité du délire dans son apparition, à la persistance de la lucidité, à la conservation et même à l'exagération des capacités de raisonnement, à l'origine du délire souvent fondée sur un fait ou un grief réels, rend, on le conçoit, particulièrement délicates les applications à ces cas, de la médecine légale. Avec sa lucidité habituelle, son souci d'un examen détaillé et approfondi, son sens clinique inégalable, avec aussi sa critique toujours en éveil et judicieuse, Magnan a su différencier ce que l'on devait, parmi les réactions de ces individus, considérer comme pathologique et par conséquent excusable. Et il eut, d'autant plus de mérite à le faire qu'ici, comme dans le groupe précédent, bien des circonstances étaient de nature à impressionner défavorablement les tribunaux et le public non averti.

## G. — SIMULATION DE LA FOLIE ET FOLIE MÉCONNUE

J'ai conscience de n'avoir, dans les cas dont je viens de parler, qu'effleuré l'œuvre médico-légale de Magnan, et d'avoir laissé sous silence quantité d'autres cas auxquels s'est appliqué son esprit. Mais il fallait faire un choix et savoir se borner. Je ne puis que m'excuser si ce choix a été trop restreint, et si je n'ai évoqué que trop superficiellement tout ce que nous devons au Maître dans ces applications de la Pathologie mentale à la Médecine légale.

Avant de clore cet exposé, il est encore deux catégories de faits étudiés par Magnan, qu'il serait impardonnable de passer sous silence.

La première a trait à la simulation de la folie.

Vous avez tous trop présent dans la mémoire pour qu'il soit utile d'y insister, le cas fameux de Loïsier, lequel après un examen particulièrement long et minutieux et une mise en observation dans son service de Sainte-Anne, Magnan a su convaincre de simulation. Rappelons seulement ici les règles générales que le Maître a posées en vue du dépistage de la simulation, règles qui doivent constamment être présentes à l'esprit du médecin-expert. « Chaque psychose, écrit-il, est un tout harmonieux dont la marche, l'évolution, est soumise à des lois précises, suivant lesquelles les symptômes doivent s'enchaîner et se combiner ; aussi, dès que l'un de ces symptômes fait défaut, ou qu'au milieu du tableau symptomatique surgit le signe d'une autre maladie, dont l'existence simultanée est impossible, tout l'ensemble détonne et cette discordance frappe l'observateur. » Et ceci encore : « Le public s' imagine que la folie consiste dans la production d'actes bizarres, extravagants, désordonnés, ou de propos décousus et incohérents, ou bien, au contraire, dans un état de torpeur où l'individu paraît frappé d'une complète inertie ; aussi la folie simulée, pleine d'exagérations, est plus accusée que la folie réelle. »

Dans ces raccourcis, ne trouve-t-on pas les éléments essentiels de nature à faciliter la solution des problèmes qui se posent dans ces cas. Ne retrouve-t-on pas aussi toutes les données principales qui caractérisent l'œuvre de Magnan : connaissance approfondie et vécue de la Pathologie et de la Clinique mentales, observation minutieuse et complète, critique avertie et serrée, puis fermeté et netteté dans la conclusion.



A l'époque où vivait Magnan, l'expertise mentale médico-légale était sinon exceptionnelle, du moins assez rare. Il a, pour sa part, largement contribué à en étendre et à en généraliser la pratique auprès des tribunaux. Dès 1891, il écrivait en effet : « Il faudrait que les prévenus douteux fussent tous préalablement examinés ; c'est le seul moyen d'éviter à des irresponsables la flétrissure d'une condamnation. » Auparavant, et par la suite, il ne manqua pas, soit dans des communications à des Sociétés ou à des Congrès divers, soit dans ses Rapports annuels sur son service de l'Admission, de revenir à maintes reprises sur cette question des aliénés méconnus par les tribunaux. Et il eut cette satisfaction de voir ses efforts couronnés de succès. Alors que de

1885 à 1895 il avait pu dépister annuellement à l'Admission de 48 à 65 malades méconnus et condamnés, il n'en trouvait plus après 1896, date à partir de laquelle les magistrats et les tribunaux commencèrent à étendre selon ses directives la pratique de l'expertise mentale, il n'en trouvait plus que 12 à 14 par an.

\*\*

Parvenu au terme de cet exposé, j'ai conscience, ainsi que je le disais plus haut, de n'avoir donné qu'une faible idée de l'œuvre médico-légale de Magnan.

Je n'ai parlé ni de ses travaux connexes de criminologie, ni de ses conceptions, sur les modifications à apporter aux modes de préservation sociale opposés à la nocivité de toute une vaste catégorie de délinquants ou de criminels qui, sans être des aliénés, justiciables de l'asile, n'en sont pas moins par certains côtés des anormaux ; je n'ai pas parlé non plus des opinions qu'il professait sur la non-opportunité de créer pour les criminels aliénés des établissements spéciaux intermédiaires à la prison et à l'asile.

Même lorsqu'on ne veut envisager que sous l'angle restreint où nous nous sommes placés les travaux du Maître, on y trouve une telle richesse de documentation, une telle intrication logique et raisonnée de tout ce qui concerne la Pathologie mentale, que si l'on ne se bornait pas, d'ailleurs, arbitrairement, il faut l'avouer, on se trouverait entraîné bien loin hors des limites qui conviennent ici.

Redisons toutefois en terminant que, application pratique et souvent délicate de la Médecine mentale, la Médecine légale psychiatrique doit à Magnan le meilleur de ce qu'elle a pu entreprendre jusqu'à ce jour.

---

# L'INFLUENCE DE MAGNAN SUR L'ASSISTANCE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES ALIÉNÉS

PAR

MAURICE DESRUELLES

« L'expérience prouve que l'application de la camisole chez les agités n'a d'autre résultat que de les transformer en furieux. —  
MAGNAN.

M. Paul Sérieux, dans son remarquable mémoire, « V. Magnan, sa vie, son œuvre », publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* en 1917 et en 1918, a traité complètement les questions de l'assistance et de la thérapeutique des aliénés dans l'œuvre considérable de Magnan. Avec l'autorité qui s'attache à ses travaux et à sa personne, M. Paul Sérieux, élève puis collaborateur de Magnan, nous a donné, dans un magnifique éloge de l'œuvre de cet illustre aliéniste, une minutieuse analyse de sa thérapeutique, analyse qui a la valeur d'un témoignage.

C'est pourquoi il ne nous paraît pas utile aujourd'hui de reprendre un travail déjà fait, et fort bien fait. Nous avons préféré nous limiter, ici, et montrer l'influence de Magnan sur la suppression de la camisole de force, et sur l'utilisation systématique de l'alitement continu dans les services d'aliénés.

La plupart des contemporains de Magnan, par préjugé ou par tradition, se refusèrent à admettre ces méthodes nouvelles (non-restraint et alitement), alors que nous sommes aujourd'hui unanimement convaincus de leur nécessité et de leur efficacité.

Pour mettre mieux en relief l'œuvre admirable de Magnan, les luttes qu'il a dû soutenir, avec une volonté tenace, pour convaincre ses collègues de l'avantage de ces réformes qu'il avait expérimentées dans son service de l'Admission malgré le scepticisme des uns et parfois l'hostilité des autres, nous esquisserons à grands traits l'historique des moyens de contrainte, du « res-

traint », et nous décrivons l'état d'esprit des aliénistes au moment de ces discussions courtoises, mais souvent passionnées, où Magnan fut âprement combattu. Mais sa ténacité, son expérience, sa conviction sincère, la certitude d'avoir raison envers et contre la routine ou l'ignorance, lui permirent, avec le temps, de triompher. Nous verrons ainsi l'influence capitale de l'œuvre réformatrice de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique modernes des aliénés.

### Avant Magnan

René Semelaigne, l'érudit historien des maladies mentales et le biographe des grands aliénistes, nous a appris que, dans l'antiquité, les avis des médecins étaient assez partagés sur les modes de traitement des aliénés. Par exemple, Celse admettait les chaînes et les coups ; Soranus proscrivait les liens, la flagellation, la réclusion conseillés par Titus, Asclépiade, Dioclès, Alexandre de Tralles, etc. ; par contre, Coelius Aurelianus défendait de frapper les aliénés, de les enchaîner et Paul d'Egine n'employait les moyens de contrainte qu'avec ménagement. Au Moyen Age, le seul traitement semble avoir été les chaînes, « l'usage gothique des chaînes de fer », comme l'a écrit Pinel. Puis Savonarole, Sylvius, Plater, Th. Willis, Cullen estimèrent nécessaire le recours aux châtiments dans le traitement de la folie. Valsalva réprouvait cependant la violence envers les aliénés, Chiarurgi s'opposait à l'usage des chaînes ; Cullen supprima les cachots, les fers et les chaînes et inventa, pour contenir les furieux, une « chemisette », « la chemise étroite », qu'il recommandait en 1785 dans « Les institutions de médecine pratique » ; Daquin, dans la « Philosophie de la Folie », affirmant que « Cullen n'avait jamais trouvé un moyen mécanique à contenir les fous, à la fois facile et vraiment salulaire, conseille l'abstention de moyens mécaniques » (1791).

C'est alors que Pinel, en l'an IX, eut, comme l'a écrit Christian, « la gloire de montrer que l'on faisait fausse route ». A « l'usage gothique des chaînes entraînant une exaspération constante », il préféra « une camisole étroite et d'une toile forte qui doit contenir les mouvements des pieds et des mains, fixer le furieux sur son lit par de forts liens qui tiennent à la partie postérieure de ce vêtement, et qu'il ne puisse apercevoir ». L'état de contrainte extrême produit par la camisole doit être passager. Pinel, après avoir affirmé que les aliénés, « loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les

égards dûs à l'humanité souffrante », estime que, « dans le traitement de la manie, il prépare la guérison dans un grand nombre de cas en recourant d'abord à une répression énergique... » ; tout un chapitre est consacré « aux moyens de répression en usage contre les aliénés » ; les douches sont « considérées comme moyen de répression pour soumettre à la loi générale du travail..., vaincre un refus obstiné de nourriture et dompter les aliénés »..., etc., etc...

Nous ne diminuons en rien la gloire incontestable de Pinel, qui fit abolir l'usage gothique des chaînes de fer à Bicêtre et à la Salpêtrière, en montrant que, pour ce grand philanthrope, la *répression*, même *énergique*, était nécessaire dans le traitement des maladies mentales.

Ferrus (1834) partageait cette opinion et sans approuver ni l'émétisation pratiquée en Angleterre jusqu'à ce que les vomissements répétés rendent l'aliéné docile, ni les machines rotatoires, il admettait, pour les *punitions* : l'isolement, la camisole de force et, « si la saison le permet, les douches d'eau froide sur la tête », il tolérerait les menottes de fer comme moyen de répression et il avait constaté que, dans les maisons d'aliénés d'Angleterre, malgré Cullen, malgré Pinel, on estimait les menottes de fer bien préférables à la camisole.

Scipion Pinel (1836), dans le *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, décrit les moyens de répression : la corde tendue de Lowenhayn et le treillage, etc., dont, d'après lui, l'usage doit disparaître, bien que leur utilité soit incontestable. Avec Heinroth, il regarde la camisole, d'un usage alors général, comme la meilleure invention pour *dompter* les furieux, bien que Haslam soit d'un avis opposé. « L'isolement est notre plus grande punition », dit-il, et contre les hallucinations il emploie, inutilement, un bouton de fer rouge sur l'apophyse mastoïde, ou au cou deux boutons de feu assez profonds (dans un but thérapeutique d'ailleurs et non comme moyen de répression).

En 1838, Esquirol écrit : « Pinel changea le sort des aliénés. Les chaînes se brisèrent..., on soigne les fous avec plus d'humanité ; l'espérance gagna les cœurs... » Cependant, Esquirol pense que l'on doit subjuguier le caractère absolu de certains malades, vaincre leurs prétentions, dompter leurs emportements..., *la crainte*, par son action débilitante, modère l'excès de leur irritabilité et les dispose ainsi à écouter, à suivre les avis qu'on leur donne, mais il ne faut pas que ce moyen soit porté jusqu'à la terreur..., « la crainte modère l'excès de leur agitation ».

Après la présentation de deux mémoires de Leuret à l'Acadé-



mie de Médecine sur « le traitement moral de la folie », Blanche (de Montmartre), signala « le danger des rigueurs corporelles dans le traitement de la folie » et protesta contre les médecins « qui ont proclamé la douche comme un moyen suprême d'intimidation et de faire jouer à la douleur qu'occasionne cette torture physique le principal rôle dans le traitement moral ».

Esquirol et Pariset firent un rapport sur les mémoires de Leuret et de Blanche où, sans désapprouver Blanche, ils estiment que, dans le traitement de l'aliénation, « il ne faut pas absolument exclure l'action de la douleur ni l'action de la crainte et de la honte qui en sont la suite » et ils signalent que « la méthode de rigueur et de répression a été préconisée par Celse ».

Leuret (1840), le successeur de Ferrus à Bicêtre, affirme que la plupart des médecins d'aliénés ont commis une faute grave en se détournant de l'emploi d'un *traitement moral énergique*. Leuret proteste parce que l'on a appelé ce mode de traitement, intimidation, et cependant il écrit : « La douleur fait, il est vrai, partie du traitement que je recommande pour guérir les aliénés... Pour exciter la douleur, j'ai fait le plus ordinairement usage de la douche et des affusions froides..., etc... Les aliénés soumis à la douche, se plaignent beaucoup... » Dans cet ouvrage, Leuret donne l'avis des aliénistes de cette époque. Esquirol comprend le traitement moral comme Pinel, Calmeil en est partisan, Georget le considère comme un simple auxiliaire, mais à Charenton (Moreau, Malherbe et Bayle), il est nul ; Falret, F. Voisin, Foville sont sceptiques, et pour Pariset les bases du traitement des aliénés sont la justice et la bonté.

La même année, Archambault publie la traduction du traité de l'aliénation mentale de W. Ellis, enrichi de notes par Esquirol, où Ellis décrit « un moyen de contrainte le plus simple, celui contre lequel s'élève le moins d'objections, une paire de larges manches de grosse toile réunies par une large lanière... Ce moyen de contrainte est préférable à la camisole ». Nous notons pour la première fois une critique de la camisole trop chaude, qui comprime la poitrine, etc...

Girard, directeur de l'asile d'Auxerre, publie en 1844, deux observations pour montrer qu'après avoir usé vainement de la douceur, il a employé la douceur mélangée de fermeté et de bienveillance (colonne d'eau à peine froide sur la tête pour arracher une promesse de travail).

La même année, Brienne de Boismont publie des « observations critiques sur le système du no-restraint suivi en Angleterre, où le fauteuil de force et la camisole sont rejetés comme

entachés de barbarie », et il est convaincu que les mesures répressives ne doivent pas être complètement bannies du traitement de l'aliénation.

F. Voisin, dans le « *Traitement intelligent de la folie* » (1847) s'élève contre le système dit de l'intimidation. Berlié signale que dans le traitement de l'aliénation mentale en Angleterre (1849), on substitue la douceur aux moyens de contention mécanique. Brierre de Boismont (1851) analyse un rapport de l'asile de Hanwell et étudie l'œuvre de J. Conolly qui, dans cet asile, a remplacé les moyens coercitifs mécaniques par le nombre des infirmiers et la cellule matelassée. Renaudin, qui, à Maréville, a fait disparaître les loges et a réduit le nombre des camisoles à 6 ou 7 pour 940 aliénés (1853), estime que le no-restraint (ou horreur profonde des Anglais pour tout lien), est plus coercitif que la camisole qu'ils condamnent.

En 1851, à l'occasion de l'éloge académique du D<sup>r</sup> Blanche, qui prit la direction de l'hôpital général de Rouen, où il y avait un quartier consacré aux aliénés, on apprend qu'un grand nombre d'entre eux étaient auparavant enfermés dans des loges, ou enchaînés au besoin par les pieds ; on donnait quelquefois aux furieux « le bain de surprise » : l'individu condamné à ce traitement était introduit dans un sac clos au-dessus de la tête, et jeté dans le petit ruisseau qui traverse l'hospice ; on employait aussi la douche de feu, ainsi nommée parce qu'on la donnait avec la pompe à incendie.

Parchappe (dans les « *Principes à suivre dans la fondation des asiles d'aliénés* », 1853), a visité l'asile de Hanvell et note que J. Conolly, qui a pris la direction de cet établissement en 1838, y a introduit le système du no-restraint, mis pour la première fois en pratique dans l'asile de Lincoln, par le D<sup>r</sup> Charlesworth.

Dans ses rapports (1858, 1859), le D<sup>r</sup> Véron, Directeur de l'asile de Dole, écrit qu'à son arrivée il avait été péniblement ému des moyens de contention que l'on employait vis-à-vis des malades : colliers en fer avec leurs chaînes, menottes en fer, courroies en cuir fermant à cadenas et servant à ceinturer les malades ; crampons et anneaux de fer scellés dans les murailles et destinés à fixer les malades, etc...

En 1860, paraît « le non-restraint » par Morel, travail sur la valeur et le mode de fonctionnement du système de traitement mis en pratique en Angleterre. Moreau de Tours ainsi que Roubier en ont donné d'excellentes analyses ; au dire de Morel, il n'est pas un seul établissement en Angleterre où l'on fasse usage de la camisole de force, et ce nouveau progrès dans l'assistance des

aliénés est dû à J. Conolly. Morel conclut à l'abolition des moyens coercitifs. Dagonet, en 1880, a dit que l'autorité scientifique de Morel, très partisan du non-restraint, « n'avait pas suffi pour le débarrasser dans son propre service, des pratiques d'une communauté religieuse trop puissante ».

Marcé, dans son *Traité des maladies mentales*, cite les divers modes de traitement employés dans la suite des temps : le berce-ment de Cœlius Aurelianus, la machine rotatoire de Darwin, le fauteuil suspendu de Cox, la cage mobile de Reil, la boîte d'osier dont parle Casper. Il critique le décubitus forcé, déplorable, dit-il, recommande la camisole et les entraves, mais regrette l'abus de leur emploi prolongé « qui, dans les cas d'agitation vive, exaspère les maniaques et entretient leur colère ». Le non-restraint, radicale et absolue suppression de moyens mécaniques de contention n'est pas pratique, il vaut mieux employer la camisole et les entraves avec une grande réserve.

Dumesnil, analysant des journaux anglais, préfère au no-restraint la camisole, « puisqu'il faut l'appeler par son nom, instrument qui fait pousser des hauts cris aux aliénistes anglais », et il fait l'éloge de la camisole.

Dans le *Journal de Médecine mentale*, de Delasiauve (1862), Casimir Pinel donne une longue étude sur le non-restraint, qui date de 1839, « époque où, en Angleterre, les aliénés étaient encore au régime des cachots humides, des chaînes, des menottes. Il cite l'opinion de Pinel, Scipion Pinel, Ferrus, Calmeil, Foville, favorable à la camisole « toujours inoffensive lorsqu'elle est opportunément et convenablement employée ». Il signale que le no-restraint de J. Conolly comprend la réclusion, des gants rembourrés, des petites serrures (small locks) et que « *L'action du personnel auxiliaire est la clef de voûte de tout le système* ». Critiquant Morel, C. Pinel dit « qu'on pouvait croire en France que la camisole n'avait plus besoin d'être défendue ». Il conclut avec ironie que de réforme en réforme on en arrivera à supprimer les portes et les persiennes, et que l'on doit user de la contrainte lorsqu'elle est médicalement et *disciplinairement* indispensable.

Bazin, dans une communication à la Société Médico-Psychologique, revenant d'un voyage en Ecosse où il n'a vu d'autres moyens de contrainte « que des cellules matelassées et des chaussons destinés à devenir facilement des entraves », préfère cependant la contrainte.

En 1865, Dumesnil répond dans les *Annales Médico-Psychologiques* à un article paru récemment dans le « *Journal of Men-*

*tal Science* », où les docteurs Robertson et Mundy, après une visite de l'asile de Quatre-Mares, avaient critiqué le système des asiles français, « où le restraint dans ses formes les plus inadmissibles semble être le pivot sur lequel reposent tous les efforts pour se rendre maître de la violence ». Cependant, Dumesnil préfère « le gilet à manches » et il en donne les raisons.

Foville, dans son volume *« Les Aliénés »*, au chapitre intitulé « la Théorie du no-restraint », écrit que le régime des aliénés en France est à tort critiqué par les Anglais, car la camisole n'est employée que le plus rarement possible (1870).

Enfin Dagron (*Des aliénés et des asiles d'aliénés*, 1875), considère que l'usage de la camisole présente non seulement des inconvénients, mais de grands dangers, et que le mot d'ordre est : le moins de camisoles possible.

Cet exposé bien long, et cependant très incomplet, nous permet de nous rendre compte de la situation de l'assistance aux aliénés au milieu du siècle dernier, et de l'opinion de la majorité des aliénistes sur le traitement des maladies mentales. Esquirol, dans un rapport au Ministre de l'Intérieur en 1818, avait constaté que les résultats des efforts de Pinel étaient assez lents ; ils restèrent encore bien lents dans la suite, malgré le dévouement des élèves de Pinel et d'Esquirol. Dans la description du traitement de l'aliénation mentale reviennent, un peu trop fréquemment, à notre avis, non seulement les mots de discipline, mais ceux de contrainte, d'intimidation, de répression, de coercition, de crainte et même de douleur. Certes, le « traitement moral » tel que le concevait Leuret (traitement qui rappelle le Moyen Age, la « question de l'eau ») nous paraît excessif et il a d'ailleurs été très discuté (en particulier par Blanche, Morel, F. Voisin, Baillarger, Foville, Renaudin, Marcé, etc...). Mais il n'en est pas moins vrai que les moyens de répression, de punition restent admis alors que Pinel ne recommandait sa camisole « qu'en cas de violence extrême ».

Esquirol a écrit : « s'ils ne cherchent pas à faire le mal, il vaut mieux les laisser libres, que les contraindre ». Malgré ces précisions, nous pouvons craindre l'abus de la contrainte : « Autoriser les liens et la camisole, c'est offrir l'occasion de mille ingénieux prétextes pour en multiplier l'emploi. » (Casimir Pinel).

Pour donner toute sa valeur à l'œuvre réformatrice de Magnan et en mesurer l'importance, il était utile de montrer que vers 1870, malgré la connaissance du no-restraint anglais due à Morel, la majorité des aliénistes restait fermement attachée, de bonne foi, à la camisole, moyen de traitement qu'ils affirmaient d'une utilité incontestable.

## Magnan

C'est à Magnan que revient l'honneur insigne d'avoir délivré les aliénés de leurs liens et les aliénistes de leurs préjugés. — Paul SÉRIEUX.

Magnan, interne des Hôpitaux de Paris en 1863, passe la majeure partie de son internat dans les services d'aliénés ; à Bicêtre d'abord, dont les médecins étaient F. Voisin, Marcé, P. Lucas qui limitaient le plus possible l'usage de la camisole dans leurs services. Déjà, nous dit M. Paul Sérieux, Magnan avait été péniblement impressionné par les dangers que présente l'usage de la camisole de force et des liens destinés à immobiliser sur leur lit certains malades. En 1865, Magnan est interne à la Salpêtrière (1), où l'école psychiatrique française déployait une remarquable activité scientifique. Magnan fut l'interne de Baillarger et lorsque, en 1902, il fit à l'Académie de Médecine, l'éloge de son maître, il dit que Baillarger « était convaincu de l'inutilité et du danger de la camisole de force et de tout le vieil arsenal des asiles, qu'il en prévoyait et en désirait la disparition absolue ».

En 1867, Magnan, à la création de l'asile Saint-Anne, y entre avec le titre de médecin-résident (2), puis il devient médecin adjoint du « Bureau central d'admission, d'examen et de répartition » et, en octobre 1870, médecin répartiteur. Toute la carrière de Magnan se fera dans ce service où, convaincu de l'inutilité des moyens de contention, il en poursuivra résolument la suppression.

En 1868, dans un rapport à la Société anatomique, Magnan signale que sur sept cas de fracture du larynx observés par Langlet sur des aliénés, quatre étaient dus aux violences des infirmiers, trois produits par la camisole de force. La même année, dans un compte rendu à la Société biologique, il estime que l'othématome est toujours dû à un traumatisme. En 1869, dans son étude clinique sur l'alcoolisme, Magnan affirme, pour la première fois que « la suppression de la camisole de force a réduit chez les alcooliques aigus le chiffre de la mortalité dans des pro-

(1) Dont Clémenceau, interne provisoire, fréquentait la Salle de Garde.

(2) Magnan était à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus l'interne de Roger, médecin de la Cour. Le Prince impérial étant souffrant, Magnan fut désigné pour prendre la garde auprès du petit malade. Il connut ainsi les souverains, d'où sa désignation par le préfet Haussmann comme médecin-résident à Sainte-Anne (Mme Fillassier).

portions notables ». Magnan est au début de sa carrière, il a trente-quatre ans et ses constatations sont le point de départ de l'offensive qu'il mènera toute sa vie contre l'usage de la camisole.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1870), au mot camisole, Magnan donne un long article où, après avoir fait allusion au système du no-restraint de J. Conolly, il reconnaît que si la surveillance des aliénés trouve une sécurité complète à l'usage de la camisole, le malade se trouve dans une situation qui ne peut se prolonger sans danger, et à laquelle il attribue « la mortalité si fréquente des cas qui nécessitent l'emploi de ces moyens contentifs ». Pour y remédier, avec son ami Bouchereau, Magnan a imaginé un maillot, dont il donne la description et le croquis, maillot encore employé aujourd'hui dans quelques asiles ; il conclut : « Il y a quelque chose de plus qu'un appareil à modifier, c'est une habitude contractée depuis longtemps qu'il faut faire cesser, une erreur profondément implantée qu'il faut déraciner. C'est parce que nous avons eu nous-même à lutter contre l'inertie systématique qu'engendre l'habitude, que nous nous efforçons, autant qu'il est en notre pouvoir, de mettre en lumière les dangereux effets d'une telle pratique ». C'est là tout un programme, et Magnan le réalisera avec l'aide de son ami et collègue Bouchereau.

L'année suivante, Rouhier, élève de Magnan, publie sa thèse « de la camisole ou gilet de force », dont la conclusion est nette : « il faut supprimer la camisole ».

En 1874, dans son ouvrage « *De l'alcoolisme* », Magnan répète que la camisole est capable de produire des accidents graves. Parce qu'il a la conviction profonde qu'il faut supprimer tout moyen de contrainte, il se décide, en 1878, à cesser l'emploi de toute contention. Dans une communication à la Société Médico-Psychologique, Magnan déclare qu'il n'observe plus la fureur maniaque, et que les aliénés se calment dès qu'on leur enlève la camisole. M. Paul Sérieux nous apprend que pour appliquer dans toute sa rigueur la méthode du non-restraint, « Magnan, Bouchereau et leur « interne Briand se partageaient la surveillance jour et nuit » (1). Cette communication fut accueillie avec scepticisme et la Société Médico-Psychologique consacra quatre séances, en 1880, à l'étude « du no-restraint ».

(1) L'appartement de Magnan communiquait directement avec son service, ce qui lui permettait d'y exercer plus facilement sa surveillance ; la nuit, si pour une cause ou pour une autre, il rentrait tard (ce qui était rare), ou s'il était éveillé, Magnan allait faire un tour à l'Admission (Mme Fillas-sier).

Ce furent des discussions ardentes et passionnées.

Dagonet pose les questions suivantes : « La suppression absolue et systématique de la camisole doit-elle être considérée comme un progrès ? Les moyens proposés pour y remédier ne constituent-ils pas une méthode difficile à mettre en pratique et rejetée par la plupart des médecins ? » Dagonet estime que la méthode de J. Conolly est d'ailleurs discutée en Angleterre, et que, dans certains cas, l'application absolue de la camisole est rendue nécessaire ; il cite même des malades qui viennent eux-mêmes réclamer leur camisole, et il conclut, tout en félicitant Magnan de ses efforts, que le no-restraint est une chimère.

Magnan répond qu'il a appliqué le no-restraint absolu avec une certaine crainte parce qu'il savait avoir contre lui des habitudes et des préjugés déjà anciens, mais que depuis dix-huit mois il a accumulé avec Bouchereau des faits qui démontrent que le no-restraint est possible.

Dans ces discussions, où prirent part avec Dagonet, Doutrebente, Labitte, Bouchereau, Legrand du Saulle, Voisin, Motet, Luys, Mabilie, Dally, Delasiauve, Dumesnil, Bourdin, Falret, Christian, Blanche, Lunier, Lasègue, Foville, il y a presque unanimité contre Magnan.

Sauf Bouchereau, qui le soutient longuement, Labitte (1) assez favorable, Lunier et Motet qui veulent être conciliants, tous les orateurs considèrent que Magnan est dans l'erreur et qu'on ne peut laisser de côté la camisole comme moyen de traitement. Christian, fidèle au restraint, proteste parce que l'on a comparé Conolly à Pinel ; il prononce le panégyrique de la camisole, et la plupart des auditeurs félicitent Christian du courage avec lequel il a défendu la camisole, en butte à des attaques. C'est une mystique de la camisole. Magnan répond en vain que puisqu'il a pu employer depuis deux ans le no-restraint dans le sens le plus large, c'est que son application est possible ; il affirme en vain qu'un malade camisolé s'agit davantage, qu'il n'observe plus guère de cas de fureur maniaque, etc., il ne persuade personne ; c'est un échec.

Magnan n'est nullement découragé. Fort de sa conviction, de son expérience, il continue. Son interne Briand publie en 1881 sa thèse sur le délire aigu. Il cite Schüle, qui pose comme règle première de traitement, la nécessité d'éviter au malade toute

(1) Labitte, à la colonie de Fitz-James, laissait une grande liberté à ses mélancoliques, même à ceux qui avaient des idées de suicide. Il les faisait travailler aux champs, sous la surveillance des colons.

contrainte ; cet avis, dit-il, est entièrement partagé par Magnan qui préfère, en cas d'excessive agitation, la cellule capitonée, « quelle que soit l'agitation, la camisole doit être proscrite ». En 1885, dans sa thèse, Tagle, élève de Magnan, après avoir rappelé les dangers de la camisole, donne plusieurs observations à l'appui du non-restraint.

Avec Lwoff, Magnan fait en 1889 une communication sur quelques applications thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine.

Puis en 1893, dans ses leçons cliniques sur les maladies mentales, il insiste avec son expérience déjà grande, avec toute sa conscience, sur la suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention.

Dans le *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin (1890) Magnan recommande la suppression des moyens de contrainte parce qu'ils sont nuisibles, et de même dans le *Traité international de psychologie pathologique*, avec la collaboration de M. P. Sérieux, il met en garde contre la méthode d'intimidation de Leuret. Enfin, dans les divers articles du *Traité de thérapeutique pratique* (1913), qu'il a écrits également avec la collaboration de M. P. Sérieux, Magnan « a mis en lumière les bienfaits de l'aliénement, chez les alcoolisés naguère camisolés et ligotés sur leur lit ou abandonnés seuls, dans une cellule, aux terreurs de leurs songes ». Il proscriit d'une manière absolue la camisole et la cellule et demande en outre le rajeunissement et la transformation des asiles.

Pendant cette longue période de 1867 à 1913, non seulement Magnan poursuivait dans ses travaux son œuvre réformatrice, mais il la complétait en transformant son service de l'admission en un hôpital où il appliquait le non-restraint. Ce service était devenu « un centre d'enseignement qui attirait de tous les pays « des élèves... ; que de préjugés ses leçons ont dissipés en répandant au cours de trente années des notions exactes sur le traitement des psychoses » (P. Sérieux).

L'œuvre de Magnan, à cette époque, a même dépassé les milieux médicaux, puisqu'un médecin fut cité en justice pour traitement contraire à l'humanité (un aliéné avait été laissé plusieurs mois en cellule avec les fers aux mains et aux pieds). Constans, qui raconte ce fait, en 1887 (*sur l'intervention de la magistrature dans l'appréciation du mode de traitement appliqué aux aliénés et de l'emploi des moyens de contrainte*) rappelle que, dans son rapport de 1874, l'inspection générale proscrivait les entraves en cuir dur, et dans cet article prudent, on sent Constans ébranlé par les idées de Magnan.



L'alitement marche de pair avec le no-restraint. — MAGNAN.

Après avoir supprimé dans son service l'usage de la camisole, Magnan complète ses méthodes thérapeutiques par la suppression des cellules (qu'un de nos amis appelle de grandes camisoles) et par le traitement par le lit, alitement continu ou clinothérapie (1894).

Magnan ne devait pas rencontrer ici une hostilité aussi vive que lorsqu'il avait décidé de supprimer les moyens de contrainte. Il avait d'abord, une autorité scientifique et morale supérieure à celle qu'il avait en 1878 ; puis l'alitement n'était pas une thérapeutique aussi audacieuse, aussi révolutionnaire que celle qui proscrivait la camisole. Pinel, dans son *Traité de la manie*, conseillait déjà de fixer les aliénés au lit en cas d'agitation extrême. Guislain, en 1852, recommandait l'alitement pour faciliter le retour au calme ; Parchappe était favorable en 1853 à la création de quartiers de surveillance continue et Falret père proposait de soigner les mélancoliques dans les infirmeries comme des malades souffrant physiquement.

En Allemagne et en Russie, on avait adopté avec enthousiasme l'alitement (on en a abusé d'ailleurs et il semble que l'on réagisse actuellement en sens contraire). En France, Cullerre, Dagonet, Régis conseillaient modérément l'alitement vers 1890.

Nous nous étendrons moins longuement sur cette partie de l'œuvre de Magnan, non parce qu'elle est moins importante que la suppression de la contrainte dont elle est la conséquence, mais parce qu'elle a été moins discutée. Nous nous contenterons donc de citer chronologiquement les travaux les plus importants qui ont introduit en France cette thérapeutique et dont la plupart ont eu Magnan pour inspirateur.

Bernstein (de Moscou), écrit dans les *Annales Médico-Psychologiques*, en 1897, un article sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés, et cite Coelius Aurelianus et Griesinger, qui l'utilisaient.

En 1898, Colclian et Lalanne obtiennent à l'Académie de Médecine, le prix Baillarger, après un rapport de Motet sur leur mémoire intitulé : l'alitement dans les psychoses.

Pochon, élève de Magnan, fait dans sa thèse, « Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit », une étude fort complète de la question et conclut que l'alitement est la base de la thérapeutique des aliénés agités.

Clauzolles donne un « essai à l'asile de Pau du traitement des

aliénés par le repos au lit » (1899) et signale que ce traitement est employé depuis 1894 par Magnan, Sérieux, Toulouse.

Sérieux et Farnarier publient un article sur cette question dans les *Archives de Neurologie*, et Magnan, au Congrès de Marseille (1899), fait une communication sur le traitement par le repos au lit dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme.

Magnan fait une importante communication à l'Académie de Médecine le 23 juillet 1912, « sur l'alitement dans le service central d'admission de l'asile Sainte-Anne ». Après un résumé historique, il donne une statistique précise des cas traités dans son service depuis 1897 jusqu'à 1911 ; il rappelle qu'il a supprimé tout moyen de contrainte depuis 1875, que la suppression de la camisole a rendu plus rare le délire aigu, que les cellules sont inutiles, et démontre l'avantage de l'alitement pour les maniaques, les mélancoliques, les alcoolisés.

Magnan et Sérieux, dans le *Traité de thérapeutique pratique* (1913) affirment que « l'alitement est appelé à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention et l'isolement cellulaire, avec le traitement en liberté, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine ».

Enfin, Magnan et Fillassier publient des statistiques donnant les résultats obtenus à l'admission par l'alitement (1911 et 1913).

Le traitement par le lit n'est plus discuté et peu à peu la plupart des établissements d'aliénés l'adoptent au point que « les garderies » d'aliénés disparaissent pour faire place à des hôpitaux de traitement. L'alitement n'est pas limité aux seuls cas aigus. Les aliénés chroniques agités, malpropres, bénéficient de ce précieux moyen d'assistance, qui a transformé les cours des quartiers d'agités, où erraient lamentablement des aliénés deminus et camisolés. C'est là un progrès considérable dans l'organisation médicale et matérielle des asiles.

### Après Magnan

Au début de cette étude, nous avons tracé un tableau de ce qu'était l'assistance des aliénés en France avant Magnan. Nous allons pouvoir montrer maintenant quelle a été l'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés.

René Semelaigne, qui connaissait bien les asiles anglais, donne en 1890 une excellente étude sur le « restraints et le no-restraints » en Angleterre. Comme Morel, il se montre nettement en faveur du no-restraints.

En 1900, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, Pélas estime que le repos au lit est un traitement salulaire de l'agitation dans les cas aigus, sauf dans les cas d'agitation extrême et chronique.

Sérieux et Farnarier communiquent la même année, à la Société Médico-Psychologique, une nouvelle mise au point de cette question, énumèrent les nombreux avantages de cette méthode appliquée dans les services de Magnan, de Jouffroy, de Briand, de Toulouse, qui permet de supprimer les cellules et change la physionomie d'un asile. Doutrebente dit qu'il n'a obtenu aucun résultat meilleur et Christian reste sceptique.

Le Congrès International de Médecine, tenu à Paris en 1900, est le triomphe de l'alitement — et par conséquent du non-restraint. — Korsakoff, dans un remarquable rapport sur l'alitement, après avoir fait un exposé des travaux russes, donne, dans ses conclusions, des indications précises sur l'application et les contre-indications de cette thérapeutique. Neisser (de Leubus) considère que cet excellent moyen thérapeutique nécessitera une modification profonde des établissements d'aliénés. Jules Morel (de Mons), Mairet et Ardin-Delteil, Cabred (Argentine) en ont constaté les heureux résultats. Doutrebente se montre assez réservé à cause des difficultés d'application de cette méthode dans les asiles de province *encombrés et dont le personnel est numériquement insuffisant*. Braesco (Roumanie) estime que l'alitement est un puissant moyen thérapeutique ; Paul Garnier reconnaît que l'alitement a une influence sédatrice, mais que ce mode de traitement ne vaut que par l'homme qui l'applique. Keraval défend l'usage des cellules, combattu depuis plusieurs années par Magnan.

Pour Wizel (Varsovie) (1901), peu à peu les aliénistes sont arrivés à la conviction que les moyens coercitifs dans le traitement des maladies mentales était superflus. La lutte contre la camisole de force dura ces dernières soixante années. La camisole est bannie des asiles allemands et remplacée par l'alitement.

Cullerre, en 1904, écrit un article assez favorable au non-restraint en citant la boutade amusante d'un Américain qui disait que « l'asile est lui-même un restraint, un moyen de contrainte ».

Au Congrès de Pau, lors de la visite de l'asile Saint-Luc, Girma montre qu'il a supprimé radicalement la camisole de force dans son service, et qu'il n'y existe plus aucun moyen de contrainte.

La même année, Christian, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, publie « quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales ». Au risque de passer pour misonéiste, écrit-il, il persiste à considérer les bains permanents comme un restraint

abominable, et préfère pour un malheureux agité une camisole en toile simple ; il réproouve l'alitement forcé, qui est un restraint. C'est la dernière défense de la camisole, de la « bonne camisole », comme nous l'avons entendu dire.

La *Revue de Psychiatrie* fait en 1907 une enquête sur le non-restraint et demande si l'on doit renoncer en toutes circonstances à la camisole. Girma, Levet et M. Baruk (père) répondent affirmativement, mais les autres réponses, sauf celle de Allaman (pour qui rien ne vaut la camisole de force), sont concordantes pour condamner l'abus de la camisole et indiquent qu'elle est exceptionnellement indiquée, « c'est une arme à deux tranchants qu'il faut avoir le courage de manier quelquefois ».

M. Anglade (père) estime sagement qu'il faut craindre la contrainte habituelle érigée en méthode de surveillance, dont elle est la négative. Quelle différence avec la glorification de la camisole lors de la discussion de 1880. On s'excuse de l'employer, on en limite l'usage le plus possible et on est fier, à juste titre, de l'avoir aboli. Le bon grain semé par Magnan a germé.

Hamel, dans son essai critique (1909) d'une thérapeutique de l'agitation, donne un excellent chapitre sur l'alitement.

Pour donner une opinion générale de ce qu'est devenue à notre époque l'assistance aux aliénés, nous emprunterons quelques lignes au rapport de l'inspection générale de 1923. Nous y pourrions lire qu'« il y a lieu de transformer, suivant les progrès, « facilement l'asile par l'extension du traitement par l'alitement, « et la suppression aussi complète que possible des moyens de « contrainte, que la plupart de nos asiles présentent aujourd'hui le triple aspect : d'hôpital de traitement pour psychoses « aiguës et curables ; colonies pour chroniques travailleurs et « débilés inoffensifs ; hospice destiné aux cas incurables ». Enfin, l'alitement fait l'objet d'un chapitre spécial et « l'Inspection « générale a pu constater que dans la plupart des asiles publics, « ce procédé de traitement a fait ses preuves, et était en voie « d'extension ou de meilleure organisation ». Il est prévu dans ce rapport l'alitement diurne au grand air.

Raynier et Beaudouin, dans leur excellent livre, « L'aliéné et les asiles d'aliénés » écrivent : « Les progrès dans l'organisation médicale et matérielle des asiles font que dans les bons « services, l'usage des moyens de contention n'est plus constaté « qu'à titre très nettement exceptionnel. »

Personne ne discute plus les idées de Magnan. Chacun s'efforce d'appliquer ses méthodes. « S'il y a aujourd'hui dans les hôpitaux pour les maladies mentales, plus de souci pour le sort des

« assistés, plus d'efforts pour leur guérison, plus de cœur aussi et plus de pitié, c'est à Magnan qu'on le doit. » (P. Sérieux).

On a eu le tort, en 1880, de vouloir opposer Pinel et Esquirol à Magnan, de croire que Magnan, par ses réformes hardies, voulait ruiner l'œuvre de ces grands philanthropes. « Le progrès appelle le progrès. Les travaux de Pinel avaient dissipé sans retour l'ignorance et les préjugés qui pesaient sur les aliénés. Ces moyens de coercition, qui dans les premiers temps avaient rendu de grands services..., devaient être également répudiés et disparaître à peu près complètement des asiles. » (Moreau de Tours). Loin d'avoir voulu diminuer l'œuvre de Pinel et d'Esquirol, Magnan l'a complétée en appliquant, le premier, le non-restraint de Gardiner Hill et de J. Conolly.

On a eu le tort, par amour-propre national, de vouloir opposer le système français au système anglais, de vouloir les rendre inconciliables. Mais il y avait une mystique de la camisole, et Magnan faisait figure d'un utopiste audacieux et chimérique en face de ceux qui, par tradition, respectaient pieusement l'œuvre de Pinel, et, parce qu'ils la pensaient parfaite, se refusaient à ce qu'une main sacrilège puisse même l'améliorer. C'est pourquoi Magnan fut si ardemment combattu et connut l'échec de 1880 (1).

C'est là le sort commun des novateurs : en avance de quelques années sur leurs contemporains, ils sont incompris, discutés et rencontrent même, parfois, une hostilité méfiante.

Il est vraiment extraordinaire qu'après avoir été si ardemment combattu, Magnan ait pu en vingt ans redresser la situation au point d'assister en 1900 au triomphe de ses idées. Cela tient, évidemment, aux qualités intellectuelles et morales, vraiment exceptionnelles de Magnan, à son travail acharné, à sa volonté tenace, à son esprit de suite et à sa persévérance que n'ont jamais rebuté les difficultés.

Bien plus, ce qui a surtout permis à Magnan la réalisation de son œuvre admirable, qui est toute sa vie, ce sont les qualités de son noble cœur, c'est la pitié profonde qu'il avait pour les aliénés (elle datait de son internat à Bicêtre) et le désir ardent de les guérir, de les soulager, et tout au moins d'améliorer leur malheureuse situation. « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir » (Esquirol).

(1) Magnan connut un autre échec en 1882, à la Société Médico-Psychologique lorsqu'il présenta avec Paul Garnier une nouvelle classification des maladies mentales. On reprocha à la classification de Magnan d'être mixte, c'est-à-dire d'être à la fois basée sur l'étiologie, l'anatomie, l'évolution des maladies. Aujourd'hui, toutes les classifications sont mixtes.

Comme l'a dit René Semelaigne, Magnan aimait ses malades. Sa vie s'est écoulée dans son service, au milieu d'eux. Il vivait pour eux (Sérieux). On peut lui appliquer ce qu'il a dit de Bail-larger, qu' « il s'est donné tout entier à la science et aux malades ».

Le temps réservait à Magnan une splendide revanche. Le 15 mars 1908, ses collègues, ses amis, ses élèves fêtèrent son jubilé et lui remirent la belle médaille de Paul Richer. Dans les nombreux discours qui furent prononcés, c'est surtout l'œuvre d'assistance qui est glorifiée. Cette cérémonie consacra le triomphe du non-restraint et de l'alitement, et la défaite de la camisole et des cellules.

L'influence de Magnan a été considérable dans l'assistance des aliénés, et les asiles de province appliquèrent peu à peu les théories qu'il avait longuement expérimentées. Nous nous souvenons que lors de notre internat à Armentières (1911), dans le service de notre maître, le professeur Raviart, la suppression de la camisole a d'abord été essayée, prudemment, dans le quartier d'observation et d'infirmerie; puis, peu à peu, le non-restraint a été appliqué à tout le service. Nous avons pu, à Saint-Ylie, dans notre service qui comprenait, bien malgré nous, en 1925, quatre-vingts camisoles sur 550 aliénées, supprimer entièrement ce moyen de contrainte, sans accident, sans suicide, sans cellules. Nous avons pratiqué assez largement l'alitement, non seulement pour les cas aigus, mais en l'étendant aux chroniques agitées. C'est ce qui nous a valu aujourd'hui, alors que nous ne sommes pas élève de Magnan et que nous avons fait toute notre carrière en province, le grand honneur d'avoir été choisi par le Bureau de la Société Médico-psychologique pour traiter de l'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés. Nous nous excusons dans ce travail d'avoir tant emprunté au livre de M. Paul Sérieux; nous croyons que l'on ne peut plus rien écrire sur l'œuvre de Magnan sans être guidé par ce document capital.

Avant de conclure, nous citerons Ritti, qui dans son discours du jubilé et s'adressant à Magnan dit : « Par la suppression de « la camisole, par l'extension de plus en plus grande de l'alite-  
« ment, vous avez contribué plus que personne à la transfor-  
« mation de nos asiles en hôpitaux ordinaires. Ce sont là des  
« réformes capitales qui justifient le beau, l'enviable titre de  
« bienfaiteur des aliénés, qui vous a été décerné et restera atta-  
« ché à votre nom. »

Briand, dans son discours de 1923, lors de l'inauguration du Monument de Magnan à l'Admission, après avoir appelé

son Maître « Le Bénédictin de Sainte-Anne », dit que « ce dont « Magnan se montrait le plus fier, c'était d'avoir supprimé à l'Ad- « mission la camisole de force, les cellules, et tous autres « moyens de contention ». C'est ce qu'expriment les mots latins inscrits sur la médaille de Magnan, et sur le socle du Monument qui reproduit l'envers de cette médaille : *Maluit lenitatem quam vim adhibere*.

Magnan a continué la belle œuvre de Pinel et d'Esquirol, et si nous devons à Pinel la suppression de l' « usage gothique » des chaînes de fer, à Esquirol et à Ferrus la création des asiles, c'est à Magnan que nous devons la suppression de la camisole de force. Esquirol a dit que lors de la réforme de Pinel, l'espérance gagna les cœurs. Magnan a véritablement réalisé cette espérance.

Le tableau de Tony-Robert Fleury, où Pinel fait tomber les chaînes des aliénés, à la Salpêtrière, la fresque de Ch. Muller à l'Académie de Médecine, qui représente Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes, nous permettent d'évoquer facilement la figure de ce grand aliéniste.

De même, pour évoquer la grande figure du Maître de l'asile de Sainte-Anne, dont nous célébrons aujourd'hui le centenaire de la naissance, ceux de notre génération qui ont peu connu Magnan, et les générations futures, reverront par la pensée la belle allégorie de Paul Richer, où Magnan se penche avec bonté vers une aliénée libre de tous liens et alitée ; « cette médaille marque une date dans l'histoire de l'Assistance aux aliénés ; elle montre la salle d'hôpital remplaçant le quartier cellulaire, elle confirme la substitution de la persuasive douceur aux moyens de contrainte. » (Magnan).

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

*Séance du Jeudi 9 Mai 1935*

---

Présidence : M. Th. SIMON, président

---

## Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 avril 1935 est adopté.

## Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mme le Dr Françoise MINKOWSKA, de Paris, qui pose sa candidature à la place de *membre titulaire* déclarée vacante ; la Société désigne une Commission composée de Mme THUILLIER-LANDRY et de MM. BONHOMME, BRISSOT, CODET et LOGRE pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 24 juin 1935.

## Date de la séance du mois de juillet

La Société décide, comme les années précédentes, de ne tenir au mois de juillet qu'une seule séance qui aura lieu le *jeudi 11 juillet 1935*, à 9 heures 30 très précises, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.



## Centenaire de Magnan

Une séance solennelle de la *Société des psychiatres et des neuro-pathologues de Leningrad*, consacrée à la Célébration du *Centenaire de V. Magnan*, a eu lieu le 5 mai 1935 dans la salle de la Clinique des maladies mentales à l'Académie militaire de Médecine.

### PRÉSENTATIONS

**Efficacité de l'intimidation sur un cas de délire de jalousie,**  
par MM. Paul COURBON et Maurice LECONTE.

Nous présentons une femme qui, internée une première fois pendant plus d'un an, à l'âge de 44 ans, pour un délire de persécution et de jalousie, au cours duquel elle avait frappé son mari d'un coup de couteau, vient d'être internée une seconde fois à l'âge de 48 ans, pour un délire de persécution mélancolique au cours duquel elle essaya de se noyer.

Son cas est intéressant moins par le changement du tableau clinique à ses deux entrées que par la démonstration qu'il donne de l'influence parfois réelle de l'intimidation sur la conduite du psychopathe. Cette femme, en effet, lors de son premier internement, s'était évadée de l'asile en plein délire, en pleine hantise d'idées de vengeance contre ses persécuteurs. Mais la peur d'être ramenée immédiatement à l'asile si on la découvrait, la fit éviter soigneusement toute rencontre avec son mari et sa rivale. Au bout de 6 mois, le délire et l'état passionnel s'éteignirent spontanément. Et quand elle reparut au domicile conjugal, où elle ne resta que quelques heures, ce fut pour discuter très posément les conditions du divorce.

De ses antécédents nous ne savons que l'existence de deux avortements suivis de l'ablation de l'utérus et des annexes à l'âge de 33 ans, il y a 15 ans. Son mari, homme à l'aspect débonnaire, qui vécut avec elle depuis qu'elle avait 19 ans, nous raconta à son premier séjour qu'elle avait toujours été très nerveuse et irritable, surtout depuis son opération, que depuis le début de l'année 1930 son état s'était empiré, qu'elle avait cessé de faire le ménage avec régularité, avait maigri, avait bu un peu, soit du vin, soit des raphaël-citron, pour lutter contre la fatigue, et s'était mise à lui faire des scènes de jalousie de plus en plus violentes au sujet d'une voisine de palier. Au cours de l'une d'elles, il reçut d'elle, le 26 juin 1930, un coup de cou-

teau dans la cuisse qui provoqua une abondante hémorragie. La vue du sang la calma, dit-il. Mais le calme ne dura que quelques jours. La malade consentit en juillet à une cure de quelques semaines à la Pitié. Le mari, devant les excuses qu'elle lui faisait, la crut guérie. Mais le soir même de son retour à la maison, elle recommença ses scènes, ses injures, ses plaintes de trahison et d'empoisonnement par les complices. Si bien que le 11 août 1930 elle était internée avec ce certificat du D<sup>r</sup> Logre : « Ethylisme chronique. Idées de persécution et de jalousie. Élément interprétatif et hallucinatoire peut-être onirique : entend son mari converser avec la voisine qui pousse des cris en faisant l'amour. On a essayé de l'empoisonner. On la rend folle. Cauchemars. Pituïte. Tremblement. A donné un coup de couteau à son mari. »

L'état onirique et l'agitation cédèrent en quelques mois à Vaucluse où elle devint une bonne travailleuse et où des délirantes uxoricides depuis longtemps internées lui dirent que le médecin ne la laisserait jamais sortir, par solidarité masculine. Cela fortifia sa réticence, mais malgré ses efforts, le délire réapparaissait à chaque instant : scènes d'injures et de menaces au parloir, accès de colère soudaine qui en plein travail la faisaient éclater en pleurs et en imprécations contre les coupables. Un jour la vue d'une caisse de poires la plongea dans le désespoir : « Oh ! les lâches, les lâches, mon mari m'a bien dit que j'étais une poire. Ils voulaient m'empoisonner. Ils m'ont donné à boire, sous prétexte de médicaments, des poisons. C'est affreux qu'on les laisse impunis. » Et pendant des heures ce furent des gémissements et des menaces.

C'est le surlendemain d'une scène analogue qu'elle s'évada. Grande fut l'émotion. On alerta gendarmerie, préfecture, police, mari, famille. On la chercha partout. Le mari affolé téléphonait à l'asile, y venait, y écrivait dans l'espoir d'apprendre son réinternement. Tous les efforts furent vains. On la crut suicidée.

Six mois après, elle apparut chez son mari qui avait laissé la clef sur la porte. L'entretien fut gêné mais sans scandale. Elle réclama divers objets à elle qu'elle emporta. Quant à la voisine qu'elle avait précisément rencontrée dans l'escalier, elle n'en parla pas. Elle avait constaté qu'elle n'aimait plus son mari, qu'elle avait bien vécu sans lui. Elle n'était plus jalouse et voulait vivre sa vie, seule.

A sa sortie de l'asile avec la complicité de quelques amies, elle avait pu se cacher et se placer comme domestique. Elle continua, après cette entrevue, à mener une existence si régulière, que la police la laissa tranquille. Elle fut appelée devant le juge pour une séance de conciliation avec son mari contre qui elle avait demandé le divorce. Son attitude fut correcte.

De temps en temps les époux se trouvaient face à face lorsqu'elle allait acheter quelque objet au bazar où il est employé. On lui racontait qu'il n'était plus en ménage avec la voisine, et on lui montrait la vendeuse qu'il avait pour maîtresse. Elle en riait, ne l'aimant plus.

Tout alla bien jusqu'en décembre 1934. A ce moment, la crise économique retentit sur elle d'une façon plus marquée. Elle trouvait difficilement des ménages à faire. Elle se privait. Elle se sentait fatiguée. Elle avait peur de l'avenir. Le 13 janvier, elle rencontra dans la rue, ayant une femme au bras, son mari qu'elle n'avait pas revu depuis près d'un an. Ils la narguèrent. Alors furieuse elle bondit sur lui et le gifla. Il ne riposta pas, mais partit avec sa compagne en criant qu'il allait la faire interner de nouveau. En réalité, il n'a pas encore donné signe de vie.

Depuis lors son inquiétude redoubla. Elle fut hantée par la peur de la vengeance du mari. — Il allait mettre sa menace à exécution. Il allait venir partout où elle trouverait de l'ouvrage dire qu'elle avait été internée et était folle. — Un jour, la concierge pour qui elle travaillait la congédia, ayant refusé de lui signer le certificat de salaire que la malade demandait pour obtenir l'assistance judiciaire contre son mari. Il avait donc dû venir trouver la concierge. Des gens à ses gages la suivaient partout où elle allait.

Anxieuse, elle se rendit chez des parents en province qui l'éconduisirent. Elle revint à Paris désespérée, et le 7 février 1935 elle se jeta dans la Seine d'où elle fut repêchée par un marinier.

Le 15 février, elle arrivait à Vaucluse avec le certificat du Docteur Simon : « Présente depuis un mois environ un état d'inquiétude avec hallucinations et idées de persécution : gifle à son mari il y a un mois et tentative de submersion par frayeur des menaces qu'elle entendait ; évadée de Vaucluse, demande à y retourner pour se remettre. »

En quelques semaines les idées délirantes disparurent en même temps que les forces physiques et l'entrain réapparaissaient, sous l'influence d'une thérapeutique sédative et reconstituante.

Elle reconnaît avoir été justement internée les deux fois. Elle explique que, lors de son évasion, malgré son envie de voir ce qui se passait chez elle et de se venger, la certitude qu'elle avait que son mari et la voisine avaient tout préparé pour la rattraper et la reconduire à l'asile l'avait fait se cacher d'eux le plus possible. Elle n'alla au domicile conjugal que lorsque, n'éprouvant plus qu'indifférence pour le mari, elle fut sûre de ses nerfs et de ne pas provoquer de scandale. — C'est peut-être bien vrai que les complices voulurent l'empoisonner et l'ont rendue folle par des drogues. Mais c'est de l'histoire ancienne et elle n'y pense plus. En tous cas, cette dernière fois, c'est la détresse de ne plus avoir un sou et c'est le défaut de nourriture qui lui ont fait perdre la tête. Le mari a peut-être bien voulu la narguer réellement lors de leur dernière rencontre. Mais elle se l' imagine peut-être. Et si elle avait eu du travail, cette nargue ne l'eût pas émue. Quoi qu'il en soit, elle se porte bien ; elle a toutes ses forces. Elle n'a plus besoin de rien ni de personne pour se débrouiller. — Avec un entêtement invincible elle refuse d'admettre l'hypothèse qu'elle ne trouvera pas immédiatement à s'embaucher. Elle reconnaît ne pas

avoir d'économie, avoir été éconduite par sa famille, n'avoir pas eu de pain à manger malgré sa recherche d'emplois, et néanmoins elle n'appréhende pas le retour de la misère et de la maladie. « Je me suis tirée d'affaire quand je me suis évadée, alors que je devais me cacher. Je réussirai bien à me tirer d'affaire encore cette fois », répond-elle.

En résumé, on a à faire à une femme qui a présenté deux accès psychopathiques aigus en ces dernières années : l'un caractérisé surtout par un délire de jalousie avec réaction agressive contre l'infidèle, l'autre caractérisé surtout par un délire de persécution à réaction mélancolique avec tentative de suicide.

Les phénomènes aigus ont disparu. Elle reconnaît avoir déliré une première fois par chagrin de voir se détourner d'elle un mari pour lequel elle n'a plus maintenant que de l'indifférence ; la seconde par désespoir d'être dans la misère. Elle a à l'asile une conduite laborieuse et sensée. Et elle reprend goût à l'existence, sentant sa lucidité et ses forces physiques revenues.

Mais, au lieu d'entourer préalablement sa sortie de toutes les garanties nécessaires pour ne pas retomber dans ce dénûment qu'elle avoue l'avoir rendue malade, elle veut quitter l'asile sans faire appel au secours de personne, sans s'être assurée de trouver du travail, affirmant qu'en dépit de la crise qui sévit, elle n'aura aucune difficulté à gagner instantanément sa vie.

On peut se demander, devant cet illogisme, si l'état délirant dont les paroxysmes provoquèrent les internements ne persiste pas encore. L'observation ne révèle cependant aucun phénomène d'influence, aucune prise, aucun écho de la pensée, aucune réaction qu'on puisse considérer comme exprimant une hallucination ou une interprétation délirante actuelles.

Il semble donc que les anomalies mentales identifiables soient : un médiocre développement de l'intelligence, une hyperémotivité et une susceptibilité très grandes ; en un mot, un état de déséquilibre psychique constitutionnel, que la castration subie à l'âge de 33 ans n'a fait qu'exagérer.

Que, par suite de causes occasionnelles diverses : surmenage, chagrins conjugaux, excès alcooliques, misère sociale, une bouffée délirante éclate sur un fond mental déséquilibré, ce n'est pas pour surprendre. Que la bouffée délirante revête une teinte érotique lorsque les chagrins conjugaux interviennent, une teinte jalouse quand ce sont les excès alcooliques, une teinte mélancolique quand c'est la misère sociale, cela n'a rien non plus de surprenant. C'est classique dans les états que Morel et Magnan appelaient bouffées polymorphes des dégénérés, états auxquels

conviendrait peut-être mieux l'étiquette de « psychoses affectives intermittentes » proposée par l'un de nous (1).

Le premier accès, avec idées de persécution et de jalousie, était en rapport avec les excès alcooliques, comme le prouva l'enquête, et aussi les signes d'imprégnation physique constatés. Le second accès, avec idées de persécution et réactions mélancoliques, était en rapport avec les privations imposées par la crise économique. Cela est conforme aux données de l'étiologie clinique courante, qui nous montre la jalousie compagne fréquente de l'éthylisme et le suicide conséquence habituelle de la misère.

La seule particularité digne de retenir l'attention est le fait *qu'en plein délire de jalousie, une malade évadée de l'asile ait eu la force de résister à ses idées de vengeance pour ne pas risquer un internement immédiat ; c'est le fait que la peur raisonnée de l'asile ait été plus forte que l'impulsion du délire.*

Un tel cas est rare. C'est pour sa rareté que nous le publions. Il prouve que dans les états délirants passionnels, états essentiellement transitoires de par leur nature, l'intimidation n'est pas toujours vouée à un échec. Elle peut quelquefois donner le temps à la guérison d'arriver sans qu'aucun acte dangereux n'ait été accompli. Elle est donc, ainsi que l'a affirmé l'un de nous (2), un agent thérapeutique éventuel à ne pas négliger.

Cet exemple ne saurait prêcher l'optimisme pour le pronostic de la conduite des délirants passionnels rendus à la liberté avant d'être guéris. Mais il nous enseigne la modestie sur la valeur de nos prévisions les mieux fondées en apparence. Les choses s'arrangent parfois mieux toutes seules que nous ne le prévoyons. Ce n'est pas une raison pour renoncer à intervenir dans cet arrangement. Mais c'en est une pour ne pas désespérer des cas qui échappent malgré nous à notre intervention.

#### Un cas de sclérose en plaques avec syndrome mélancolique, par MM. Th. SIMON et G. FERDIÈRE.

Mme S..., âgée de 46 ans, est malade depuis 22 ans : au début, elle a eu une paralysie qui, commençant aux mains et aux bras, a gagné en une huitaine de jours les membres inférieurs, s'accompagnant de douleurs abdominales en ceinture. « J'ai été, nous dit-elle, pendant

(1) COURBON : voir bibliographie dans Courbon et Tusques : Maladies du rythme et de l'équilibre. *Annal. médico-psychol.*, 1932, Tome I, p. 51.

(2) COURBON : Discussion de la communication de M. Heuyer sur un internement contesté. *Ann. médico-psychol.*, 1933, tome II, p. 550.

trois semaines raide comme une planche jusqu'à la nuque ; puis tout a disparu en une semaine et ma santé a été assez bonne pendant une quinzaine d'années ». Cependant elle se souvient avoir ressenti pendant la guerre, et à plusieurs reprises, des engourdissements ou des fourmillements, une fois dans une main, une fois dans les jambes, une fois au ventre — et chaque fois pendant quelques jours seulement.

En 1928 nouvel épisode aigu dont la symptomatologie et l'évolution sont absolument superposables à celles du premier ; il dure deux mois et laisse les jambes raides : « C'est depuis ce moment, précise-t-elle, que je marche si difficilement ».

A l'heure actuelle elle présente un ensemble de symptômes qui permettent d'affirmer la sclérose multiloculaire : signes de la série pyramidale (paraparésie spasmodique ; réflexes tendineux polycynétiques aux membres inférieurs ; trépidation épileptoïde du pied et clonus rotulien, l'un et l'autre bilatéraux et inépuisables ; Babinski bilatéral ; abolition complète des cutanés abdominaux ; réflexes tendineux vifs aux membres supérieurs) ; signes de la série cérébelleuse (adiadococinésie ; dysmétrie aux épreuves classiques). La parole est lente et scandée. Il existe parfois des secousses nystagmiformes dans le regard horizontal ; la pupille droite est légèrement plus large que la gauche. Les troubles vasomoteurs sont nets aux extrémités (la main gauche et les pieds sont froids et cyanosés ; il existe un peu d'œdème rétro-malléolaire). Les troubles sphinctériens sont importants (incontinence d'urines, pollakiurie). L'hypoesthésie est nette aux membres inférieurs ; les paresthésies sont nombreuses (fourmillements dans les mains ; sensations bizarres, indicibles dans le ventre, « comme si un enfant remuait »).

Une ponction lombaire a donné les résultats suivants : liquide céphalo-rachidien clair ; tension : 45-24 ; albumine : 0,18 ; glob. 0 ; Pandy 0 ; Weichbrodt 0 ; leucocytes 1,2 ; Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs ; benjoin colloïdal : 00000.00000.00000.

Ces examens ont été pratiqués à l'occasion du séjour actuel à Sainte-Anne. Mme S... a été amenée à l'Admission par son mari, le 16 avril dernier, sur les conseils des médecins de l'Hôpital Henri-Rousselle : elle présentait depuis un mois un syndrome mélancolique avec idées de culpabilité et anxiété considérable ; elle s'imaginait qu'elle était Satan, qu'elle avait l'âme du diable, qu'elle portait malheur à son entourage, à ses enfants, qu'elle attirait des ennuis à sa famille, qu'elle dégagait un fluide, qu'elle était une véritable pile électrique et pouvait endormir une personne rien qu'en la regardant ou en s'en approchant, etc... Elle pleurait fréquemment, ne dormait plus et s'alimentait difficilement ; elle avait un jour noué un cordon autour de son cou, pensant s'étrangler, mais n'avait pas eu le courage de le faire.

Mme S... est aujourd'hui très améliorée au point de vue mental : elle est aimable, souriante ; elle avoue certes se sentir encore sans

entraîné et sans goût, mais elle reconnaît comme fausses toutes les idées précédemment exprimées.

Elle n'en est pas, semble-t-il, à son premier accès mélancolique. A la suite de la quadriplégie de 1928, elle a été pendant plusieurs mois déprimée, neurasthénique ou hystérique, dit-elle : « je me sentais transformée à la suite d'une visite à une cartomancienne ; je croyais toujours faire du mal à mes enfants..... »

Il nous a paru intéressant de relever chez cette femme, manifestement atteinte de sclérose en plaques, ces accès mélancoliques, l'un survenant à la suite d'une poussée, l'autre isolé dans l'évolution.

M. H. BARUK. — J'ai observé un cas analogue dont le début, par un accès de dépression avec raideur en apparence cataleptique, aurait pu faire penser à l'hystérie, sans la coexistence de signes pyramidaux ; cas qui évolua rapidement vers la mort par myélite progressive, selon la marche classique.

### Aphasie par artérite syphilitique ?

par MM. Th. SIMON et G. FERDIÈRE.

La malade, L. G., est entrée le 30 avril, venant de l'Infirmierie du Dépôt, où elle avait été conduite après une scène d'agitation assez vive dans un hôtel, sans violences toutefois, mais allant et venant en parlant sans arrêt.

Lorsqu'elle s'est présentée devant nous elle était nettement aphasique et apraxique. Elle était incapable de renseigner, elle paraissait ne comprendre aucun ordre, elle ne pouvait nommer aucun objet, elle ne faisait aucun geste complètement approprié soit pour boire, soit pour écrire... Elle ne faisait que répéter toujours les mêmes mots : « Je sais, oh oui, il faut, deux fois encore..., comment et comment je suis..., oui, oui, oui, etc. », s'énervant un peu de ne pas se faire comprendre et s'y efforçant par deux gestes stéréotypés, consistant, l'un à montrer ses fesses où deux feutrages indiquaient qu'elle avait dû subir un traitement par des piqûres, et l'autre à relever ses cheveux sur sa nuque où l'on pouvait découvrir une piqûre vraisemblablement en rapport avec une ponction sous-occipitale. Sa mimique liée à ces deux gestes était très active pour attirer notre attention : « là vous voyez, deux fois, je vous en prie ».

Nous eûmes presque en même temps de sa sœur le renseignement suivant : la malade avait eu, paraît-il, en mai 1929, une atteinte analogue, qu'un traitement bismuthique aurait fait rapidement disparaître.

C'est dans ces conditions que nous avons porté le diagnostic

d'aphasie par artérite syphilitique, avec toutefois un point d'interrogation, nous réservant d'y revenir s'il y avait lieu, soit d'après des renseignements plus complets, soit d'après les résultats d'un examen plus approfondi.

Depuis nous avons appris que la mère de la malade aurait eu deux accouchements prématurés, et nous avons eu, d'une part, les résultats d'un examen récent du liquide céphalo-rachidien fait à Cochin ; et, d'autre part, relevé en effet quelques signes nouveaux.

Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont celles de la paralysie générale. Notons seulement, à cette occasion, que nous n'avons jamais perçu dans les propos de notre malade le défaut d'articulation spécial à cette affection ; notons aussi que les pupilles sont égales et réagissent bien.

Par contre, depuis notre premier examen, nous avons trouvé chez Le G. une parésie du membre supérieur droit avec hyper-réflexivité tendineuse qui d'abord ne nous avait pas frappés. La face ne paraît pas touchée.

Les réflexes rotuliens sont tous deux vifs ; le Babinski douteux.

Le membre supérieur droit présente une anesthésie marquée.

La malade a maintenant parfois des vomissements en fusée.

L'aphasie et l'apraxie persistent avec une grande difficulté pour fixer l'attention de la malade.

En somme, une localisation aphasique certaine, peut-être sur un état cérébral diffus. Quel mécanisme faut-il invoquer ? C'est sur ce point que nous serions heureux d'avoir l'avis de collègues plus autorisés.

M. GUIRAUD. — La malade est depuis deux jours dans mon service. Son syndrome constitué par un certain degré de confusion mentale, d'aphasie amnésique, d'apraxie, d'agnosie, avec persévération de certaines idées, pose le diagnostic embarrassant d'artérite sylvienne avec claudication intermittente, ou de lésions méningées superficielles à prédominances gauches. J'inclinerais peut-être plutôt vers ce diagnostic.

M. SCHIFF. — Je suis heureux de voir qu'à la Société Médico-psychologique on admet l'existence d'une syphilis cérébrale distincte de la paralysie générale ; ce qui n'est pas le cas à la Société médicale des hôpitaux où j'ai présenté récemment avec M. Tzanck une malade syphilitique qui, à la suite d'une injection de sérum antitétanique, fit une hémiplégié. Sous le prétexte que cette malade a un signe d'Argyll-Robertson et bien que son liquide céphalo-rachidien soit négatif, on a prétendu qu'il s'agissait d'une paralysie générale. Or, l'état mental du sujet n'a rien de l'affaiblissement démentiel, et il fait preuve dans sa conduite



d'une conservation de ce qu'on peut appeler : « la réaction de présence ». Le paralytique général a perdu cette réaction. Il n'accorde pas spontanément son attention à ce qui se dit autour de lui. On peut, sans qu'il s'en aperçoive, parler devant lui de la gravité de son cas. Quand, au contraire, un malade est parfaitement présent, comme c'était le cas du malade de M. Tzanck et de moi, il n'est pas un paralytique général.

M. COURBON. — La remarque de M. Schiff est très intéressante. Elle souligne l'importance de l'examen psychologique du sujet dans le diagnostic de la paralysie générale. Il y a en effet une différence énorme entre l'état mental lié aux lésions cérébrales diffuses où l'atteinte du jugement est globale et l'état mental lié aux lésions circonscrites où cette atteinte est beaucoup plus limitée permettant une certaine autocritique.

M. LÉVY-VALENSI. — Je proteste contre l'affirmation qu'on puisse impunément dire devant un paralytique général qu'il ne guérira jamais. On risque de déterminer chez lui un accès de désespoir. J'ai vu deux paralytiques généraux se suicider pour échapper à la déchéance qu'ils préoyaient. Je ne crois pas à l'infailibilité du diagnostic psychologique de la paralysie générale, que Dupré, au contraire, préconisait.

M. RAYNEAU. — Moi aussi, je crois qu'il est le plus souvent très difficile de faire un diagnostic de paralysie générale sur le simple examen clinique.

M. SCHIFF. — Il ne faut jamais, devant un malade quelconque, discuter son diagnostic. Et il est exact qu'un paralytique général soit capable de participer à la conversation et de faire attention à ce qui se passe et se dit. Mais cette attention n'est pas spontanée, n'est pas tendue, pas continue. Au contraire, la malade de M. Tzanck et de moi suivait anxieusement notre conversation. Je publierai prochainement ce que j'entends exactement par réaction de présence.

M. GUIRAUD. — Il est exact que l'état mental des lésions en foyer ne soit pas le même que celui des lésions diffuses. Mais lésions diffuses et lésions en foyer peuvent coexister. Le diagnostic purement psychologique de la paralysie générale n'est alors pas possible. Et d'ailleurs, aux autopsies des cas de dates récentes, on trouve souvent des lésions inflammatoires diffuses. Pratiquement, dans un cas comme celui-ci, où il n'est pas évident que la lésion soit parfaitement circonscrite, il faut appliquer la malaria-thérapie, comme on l'applique dans la paralysie générale.

Délire de négation de grossesse au cours de la gestation chez une débile déprimée périodique et syphilitique, par MM. M. LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et René DELAITRE (*Présentation de la malade*).

Entre les *délires de négation*, décrits par Cotard (1), et les *délires de grossesse*, dont Toulouse et Marchand (2), puis Vié et Bobé (3) ont tracé l'histoire clinique, se placent les idées délirantes de négation d'une grossesse réelle, qui participent des caractères des deux précédents. Nous présentons à la Société une femme enceinte, presque à terme, qui extériorise de telles idées délirantes de négation de grossesse.

La malade est âgée de 27 ans, mariée, femme de chambre. Elle n'accuse aucun antécédent familial notable ; le père est mort à 52 ans d'une sténose du pylore ; la mère, âgée de 62 ans, est bien portante ; une tante, toutefois, a succombé à l'âge de 45 ans, au cours d'une crise d'épilepsie.

La malade n'aurait pas présenté de convulsions de l'enfance, ni d'énurésie. Le développement semble avoir été normal, au moins dans la sphère somatique. Dans la sphère intellectuelle, elle a manifesté, au contraire, dès son jeune âge, des signes de débilité marquée. A l'école, elle se montrait incapable de fixer son attention, elle comprenait avec peine. Elle est restée, sinon illettrée, du moins peu instruite. Le niveau mental, apprécié aux tests, ne dépasse guère 10 ans, mais la signification des épreuves reste problématique dans les troubles actuels.

Puberté à 14 ans. A cette occasion éclate un premier accès de dépression, dépression simple, apathique. Depuis lors, les règles sont abondantes, douloureuses, capricieuses dans leur calendrier.

La première grossesse, qui remonte à 2 ans, a donné lieu à un second accès psychopathique. La nuance mélancolique domine. Appréhension excessive de l'accouchement, crises anxieuses quand la malade évoquait cette perspective. En outre, elle craignait de porter deux enfants, et même d'hospitaliser avec eux, dans son abdomen, une énorme « boule de pus ». Parvenue au terme, elle se fait conduire à la clinique Tarnier, mais à peine entrée, elle s'enfuit, et court accoucher chez la première sage-femme, dont elle aperçoit l'enseigne. Elle donne le jour à un enfant bien constitué, qui s'est développé normalement.

(1) COTARD. — Délire des négations. I vol., 1882.

(2) TOULOUSE et MARCHAND. — Du délire de grossesse. *Société médico-psychologique*, 25 novembre 1901.

(3) VIÉ et BOBÉ. — Les idées délirantes de grossesse, *l'Encéphale*, XXVII, n° 6, juin 1932, p. 468-502.

Entre les deux grossesses se place une contamination syphilitique, de date mal précisée, mais d'accidents secondaires diagnostiqués et traités à l'Hôpital Saint-Louis (réaction de Wassermann positive, 12 injections de cyanure de mercure).

C'est au sixième mois de la grossesse actuelle que se sont manifestés les premiers désordres mentaux. Insensiblement, cette femme perd son entrain et son activité, elle quitte sa place. Elle se préoccupe de son état. Elle se présente à toutes les consultations d'obstétrique, à la Maternité, à la Clinique Baudelocque, à la Clinique Tarnier, à l'Hôpital Broca, à l'Hôpital Cochin. Admise en observation à Baudelocque, elle trompe la surveillance du personnel et se sauve, plus ou moins vêtue, en taxi.

Elle consulte d'autres médecins. Et comme l'un d'eux lui déclare ne pas percevoir distinctement les bruits du cœur fœtal, elle s'inquiète, s'empare de cet indice, et parvient à la conviction que l'enfant qu'elle porte est mort. Cette explication ne la satisfait, du reste, qu'un temps. De l'enfant mort elle fait, par extension rétrospective des interprétations, un enfant imaginaire, qui n'a jamais existé.

Son mari la conduit néanmoins à la Maternité de la Pitié. Mais son instabilité et sa turbulence y constituent une gêne telle que la Maternité l'adresse au pavillon psychiatrique.

Elle s'y comporte assez correctement. C'est une malade calme, lucide, ne réclamant aucune surveillance spéciale. Elle ne reste pas dans son lit, ni même dans sa chambre. Drapée dans sa chemise de nuit comme dans une toge, elle circule dans le pavillon, s'intéresse à tout, sourit avec satisfaction d'un air entendu. Seules les visites du mari la mettent en colère.

Elle ne varie en rien dans ses dénégations, sauf qu'elle se lasse d'être questionnée trop souvent sur ce point, comme si on voulait lui arracher à la longue des aveux forcés.

« Elle n'est pas enceinte, elle ne peut l'être ». Et, cependant, la grossesse est indéniable. L'embonpoint ne demande guère de commentaires, les dernières règles se sont terminées le 15 août 1934, on mobilise une tête au-dessus du pubis, on entend les bruits du cœur fœtal au foyer normal de l'O.I.G.A. Le fond de l'utérus atteint 33 centimètres au-dessus du pubis, le terme est proche.

Le reste de l'examen physique ne montre aucune anomalie. Pupilles régulières, qui réagissent. Réflexes tendineux non vifs. Réaction oculo-cardiaque non excessive. Absence de tremblement, d'hypertonie, de paralysie. Cœur normal, foie normal, à l'examen clinique. Ambidextrie. Incisives supérieures médianes larges, écartées, sans autre stigmatisme dystrophique.

Azotémie : 0 gr. 50. Liquide céphalo-rachidien normal : albumine, 0 gr. 22 ; 0,5 lymphocyte.

Actuellement domine une nuance affective d'euphorie, de satisfaction, d'ironie un peu maussade, qui cadre assez mal avec les idées exprimées. La mimique frontale est exagérée ; moues et sourires continuels.

Les idées de négation s'étendent aux organes avoisinant l'utérus. « Un ventre, qui ne renferme pas d'enfant, pour être si volumineux, ne doit pas fonctionner normalement. » Les intestins sont vides, l'estomac lui-même s'est réduit, l'abdomen est un tambour creux, où les aliments tombent et ne s'utilisent pas.

La malade est orientée, elle ne présente ni amnésie marquée, ni fausses reconnaissances. Les nuits sont calmes, malgré des insomnies et des rêves nombreux, sans caractères bien définis. L'élément confusional, habituel dans les troubles mentaux de la gravidité, semble réduit au minimum.

Aucun délire systématisé d'auto-accusation ni de persécution, aucune hallucination auditive ni psychique. Pas de signe de la série hébéphréno-catatonique, ni d'accident hystérique. La question de simulation ne se pose guère : la débilité de notre malade lui interdirait un rôle aussi délicat.

L'insuffisance intellectuelle favorise l'éclosion des délires de négation des mélancoliques. La débilité, d'autre part, conditionne une forte proportion des délires de grossesse décrits. Elle colore nettement le délire de notre malade. Celle-ci présente, en outre, une fragilité spéciale des mécanismes régulateurs de la vie génitale, puisqu'à la puberté, aux règles, aux deux grossesses, l'équilibre se rompt, déterminant des désordres nerveux ou mentaux.

Dans la genèse des idées délirantes, la dépression mélancolique semble avoir joué un rôle assez effacé. Aucun élément n'autorise à invoquer des hallucinations de la cénesthésie. On ne saurait guère parler enfin d'un refoulement du complexe de grossesse, parvenant à sa négation.

**Paralysie générale et aortite.** A propos d'un cas de mort subite par hémopéricarde chez une paralytique générale ayant un délire de persécution. Présentation de pièce anatomique, par M. P. HUMBERT (*Travail du service du Dr P. Guiraud*).

Nous vous présenterons tout d'abord la pièce en question ; elle offre par elle-même un certain intérêt. Comme vous le voyez, il s'agit d'un épanchement sanguin péricardique abondant (on peut l'évaluer à environ un litre, puisque le poids total de la pièce s'élevait à 1 kg. 350). Le myocarde est extrêmement atrophié et entouré d'une abondante couche de graisse, l'aorte est dilatée et présente des lésions multiples sur toute la longueur de la portion prélevée. C'est une de ces lésions qui semble être à l'origine de l'hémopéricarde : sur l'une des coupes, le caillot

péricardique paraît en continuité avec un autre caillot plus organisé, développé au niveau du vaisseau et consécutif à une fissure de cet organe.

La confrontation de ce résultat d'autopsie, de l'histoire de la malade et des divers signes qu'elle a présentés nous permettent quelques considérations.

Voici, brièvement résumée, cette observation :

Mme Françoise B. est entrée à l'hôpital Henri-Rousselle le 10 mars 1932 ; elle était âgée alors de 57 ans. Depuis plusieurs mois elle était triste, déprimée, subanxieuse, se plaignant de son mari qui, disait-elle, dépensait tout l'argent du ménage à s'amuser, et de ses voisins qui l'insultaient et voulaient sa mort.

Elle était aussi très préoccupée de sa santé, souffrait du cœur et avait de petites crises d'étouffement.

En 1914, elle aurait déjà été un peu déprimée pendant quelques mois. Rien d'autre dans ses antécédents personnels, à part une fausse couche en 1908. Notons que son unique fille, âgée de 35 ans, est soignée depuis 1927 à l'Asile de Fleury-les-Aubrais et elle aurait été très affectée de cette maladie de sa fille.

Remarquons également que Mme B. n'avait jamais été traitée pour spécificité et on a pensé qu'il s'agissait chez elle d'une affection héréditaire.

Pendant son séjour à l'hôpital Henri-Rousselle on constate, du point de vue psychoclinique, en outre de la dépression subanxieuse et des idées de persécution, un déficit intellectuel global, mais peu accentué. Il existe un syndrome neurologique avec dysarthrie, anisocorie et signe d'Argyll. La ponction lombaire et la prise de sang, positives, affirment le diagnostic de paralysie générale.

Par ailleurs, l'attention est fortement attirée sur les signes cardiovasculaires d'insuffisance aortique de type Hodgson avec probabilité d'ectasie qui semblent contre-indiquer (dit le certificat de placement) la malariathérapie.

Deux mois après son internement, en mai 1932, Mme B. est cependant impaludée et supporte sans accidents graves huit accès fébriles marqués. Une pneumonie lobaire gauche, en décembre 1932, évolue également sans complication.

La malaria et les divers traitements chimiques institués par la suite ont peu modifié l'état mental de la malade. Sans doute, l'état de déficit intellectuel, peu important d'ailleurs à l'entrée, s'est depuis amélioré, mais le syndrome mélancolique et délirant est resté très marqué jusqu'à la mort.

Mme B. était une petite femme, menue, pâle et presque toujours silencieuse, cherchant à rendre quelques services aux infirmières. On ne la remarquait qu'au moment des repas où il était nécessaire d'insister beaucoup pour qu'elle s'alimente, elle exprimait alors des idées

d'indignité et d'auto-accusation, parfois même de damnation et d'immortalité. Quand on l'interrogeait, elle extériorisait un riche délire de mélancolique persécutée.

Elle était persécutée par Landru qui l'insultait, l'électrisait, la violait, lui prenait le cœur.

Elle ne se plaignait pas de souffrir de palpitations ou de dyspnée comme au début de sa maladie, mais parfois sa cardiopathie la faisait pousser des cris de souffrance et des plaintes : Landru lui serait ou lui arrachait le cœur.

Le 13 février dernier, la malade ayant accusé la veille à plusieurs reprises des troubles semblables, les infirmières entendent deux cris déchirants. On la trouve accroupie, cyanosée, respirant avec difficulté ; puis elle pâlit et la respiration s'arrête, elle meurt en quelques secondes.

L'autopsie pratiquée le lendemain nous a fourni la pièce que nous présentons devant la Société. On ne voyait sur l'encéphale aucune grosse lésion macroscopique.

Il est intéressant de remarquer la part importante que prenait dans cet état, que l'on pourrait qualifier de délire secondaire — (les idées délirantes existaient cependant, comme presque toujours, bien avant la malaria) — les troubles subjectifs de cette cardiopathie grave.

Nous constatons tous les jours la fréquence des lésions aortiques dans la paralysie générale. M. Guiraud a pu mettre en évidence, dans un cas d'aortite spécifique analogue, la présence de tréponèmes au niveau de la lésion, comme on en a observé d'ailleurs au niveau de l'encéphale. Cette coexistence improuve fortement, comme on l'a déjà fait remarquer, l'hypothèse soutenue par certains de la dualité du virus syphilitique, soit dermatrope, soit neurotrope.

Ces lésions aortiques ne contre-indiquent nullement, comme le montre bien cette observation, le traitement par la malaria. L'emploi judicieux des cardiotoniques avant l'impaludation, la surveillance minutieuse des malades pendant la période fébrile, la possibilité de couper immédiatement les accès thermiques rendent cette thérapeutique efficace beaucoup moins dangereuse qu'on ne le croit souvent.

La séance est levée à 11 heures 15.

*Les Secrétaires des séances :*

P. COURBON et P. ABÉLY

*Séance Solennelle du Lundi 27 Mai 1935*

CONSACRÉE A LA

**COMMÉMORATION DU CENTENAIRE DE LA NAISSANCE  
DE V. MAGNAN**

*né à Perpignan (Pyrénées-Orientales) le 16 mars 1835  
mort à Suresnes (Seine) le 27 septembre 1916*

---

**Présidence : M. Th. SIMON, président**

---

Assistent à la séance : Mme FILLASSIER et Mme Noël PÉRON, *filles et petite-fille* de Magnan ;

M. VETEL, Directeur adjoint à la Préfecture de Police ;

M. MICHAUT, Sous-Directeur, Chef du Service des Affaires Départementales à la Préfecture de la Seine.

M. Th. SIMON, *président*. — Mes chers Collègues, Il y a cent ans que Magnan naissait à Perpignan en mars 1835. C'est le centenaire de cette naissance que nous célébrons aujourd'hui. Tout à l'heure le bureau de votre Société a déposé quelques fleurs devant le médaillon de Magnan au pavillon Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, hommage à l'aliéniste éminent des services rendus par lui à la science française, et non seulement à la science française mais à celle du monde entier, comme vont d'ailleurs le rappeler les membres étrangers délégués à cette séance.

**Correspondance**

Ont exprimé leurs regrets de n'avoir pu assister à cette séance, notamment :

M. le Dr VARENNE, Directeur de l'Assistance Départementale à la Préfecture de la Seine ;

M. HAYE, Directeur adjoint de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de la Santé publique ;

M. LÉVÊQUE, Chef de Bureau au Ministère de la Santé publique ;

M. POHER, Chef de Bureau à la Préfecture de la Seine ;

MM. les D<sup>rs</sup> Emile ADAM (de Bourg), Frantz ADAM (de Rouffach), AMELINE (de Mehun-sur-Yèvre), BRETON (de Dijon), CAPGRAS (de Paris), Paul COSSA (de Nice), Maurice GENTY (de Paris), HALBERSTADT (de Saint-Venant), LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris), Pierre LÉCULIER (de Begard), LWOFF (de Paris), P. MEIGNANT (de Nancy), MOLIN DE TEYSIEU (de Bordeaux), M. OLIVIER (de Blois), E. PERPÈRE (du Mont-Dore), POMMÉ (de Lyon), H. WALLON (de Paris).

Il est donné lecture de lettres et télégrammes, en particulier du texte de M. le D<sup>r</sup> Paul SÉRIEUX, qui figure en tête du présent numéro des *Annales Médico-psychologiques*,

et d'une lettre de M. le D<sup>r</sup> LWOFF exprimant le regret que sa santé ne lui permette pas d'assister à la séance consacrée à son « Maître vénéré », et ajoutant :

« Il m'a été donné non seulement d'assister à son œuvre scientifique, mais de le connaître un peu dans sa vie privée. Ce qui « dominait dans son existence, c'était l'Idée du malade. Pascal « disait : Je crois à une religion dont les adeptes se font martyrs. Or, Magnan a divinisé le Malade, il s'est fait Martyr de « cette divinité, et on a cru en lui. Il a su créer ainsi un lien « spirituel indélébile entre lui, ses élèves et ses nombreux disciples de tous les pays étrangers où son œuvre scientifique était « admirée. Grand observateur, d'une nature très fine aussi, « Magnan n'ignorait pas l'influence qu'il exerçait sur les « esprits... »

#### Adresses des Délégués officiels

M. le Professeur Henri CLAUDE, *délégué de l'Académie de Médecine et de la Faculté de Médecine de Paris*, prit la parole en ces termes, au nom de tous les *délégués français* :

Au nom de l'Académie de Médecine, de la Faculté de Médecine de Paris et de la Société de Médecine Légale, j'ai l'honneur d'apporter l'hommage de ces Compagnies à la mémoire du grand savant que fut Magnan.

L'œuvre médicale et sociale de cet éminent psychiatre est présente à l'esprit de tous les médecins qui s'intéressent à la médecine mentale. A l'étranger, comme j'ai pu m'en rendre compte au cours de mes voyages, son souvenir est considéré à l'égal d'Esquirol, de Pinel, de Morel, comme une des grandes figures de la psychiatrie française. Mais sa renommée a dépassé le domaine



des sciences psychiatriques, c'est pourquoi j'apporte ici l'expression des sentiments respectueux des collègues qui, dans d'autres milieux, m'ont délégué pour glorifier avec vous la mémoire respectée de celui dont vous allez évoquer la vie et l'œuvre.

## BELGIQUE

M. J. MASSAUT, Médecin-directeur honoraire de la Colonie d'aliénés de Liérneux, à Hamoir-sur-Ourthe, Province de Liège (Belgique), au nom de la *Société de Médecine Mentale de Belgique* :

*A Monsieur le Président de la Société Médico-psychologique.*

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

La Société de Médecine Mentale de Belgique a décidé de se faire représenter à la séance spéciale que votre Société consacrerà à la mémoire du grand aliéniste français Magnan et avait bien voulu me déléguer avec le D<sup>r</sup> Du Château, inspecteur général honoraire des Etablissements pour malades mentaux en Belgique.

Je me faisais un grand honneur d'assister à cette réunion scientifique et de vous exprimer les sentiments de haute et profonde estime des médecins aliénistes belges pour l'illustre psychiatre dont vous fêtez le centenaire. Ce désir était d'autant plus vif chez moi que j'appartiens à une génération qui a pu recevoir les leçons de ce maître respecté. Nous avons tous été influencés par ses doctrines sur la dégénérescence et ses remarquables études cliniques sur les délires et l'alcoolisme.

Comme toujours d'ailleurs et comme actuellement encore, les médecins belges n'ont cessé d'admirer les facultés d'analyse, de critique et d'exposition claire et ordonnée des savants français et se sont fait un honneur de se dire sur ce point leurs élèves.

Nul ne possédait à un plus haut degré ces qualités que l'illustre Magnan dans ses leçons et ses cliniques, et nul n'a peut-être eu plus d'influence sur la formation des aliénistes belges. C'est pourquoi la Société de Médecine mentale de Belgique a saisi avec joie et empressement l'occasion de s'unir à vous dans cette commémoration et d'augmenter ainsi cette collaboration scientifique franco-belge dont nous nous réjouissons notamment lors des sessions du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française et des séances communes de nos associations scientifiques.

Des circonstances familiales imprévues m'empêchent malheureusement au dernier moment et d'une façon absolue de me rendre actuellement à Paris et d'assister à vos assises.

Croyez bien, Monsieur le Président, et veuillez, je vous en prie, en persuader vos collègues, que je regrette profondément le contre-temps par suite duquel il m'est impossible de me trouver parmi vous et de m'associer plus effectivement à cette solennité.

Veuillez agréer également, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments de haute considération.

D<sup>r</sup> J. MASSAUT.

#### GRANDE-BRETAGNE

M. le D<sup>r</sup> G. W. B. JAMES, délégué de *The Royal Medico-psychological Association* et de *The Royal Society of Medicine of London* :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESDAMES, MESSIEURS,

J'ai l'honneur de représenter aujourd'hui ici deux Sociétés Britanniques dont les Présidents, Conseils et Membres désirent saluer la mémoire d'un des maîtres de la médecine française, Valentin Magnan.

La Royal Medico-Psychological Association et La Royal Society of Medicine m'ont envoyé à Paris pour rendre hommage de leur part à ce grand médecin et professeur, et cette tâche est pour moi un honneur signalé.

Il est remarquable que Magnan naquit dans cette région du Sud-Ouest de la France d'où vinrent également Pinel, Esquirol et Falret. J'aimerais aussi vous rappeler que Magnan a eu comme contemporain notre grand neurologue anglais, John Hughlings Jackson. Une étude de la vie de Magnan est une source d'admiration et de respect pour le psychiatre d'aujourd'hui, une cause d'étonnement aussi de voir combien ce pionnier était en avance sur la pensée et sur la pratique de son temps dans toutes les branches de la psychiatrie.

Considérez son enseignement sur l'abolition de la contrainte, son insistance sur le traitement au lit pour les maladies mentales, ses vues avancées sur la nosologie et la pathologie de ce que nous appelons schizophrénie, et la valeur de ses travaux sur l'alcoolisme.

Dans chacun de ces cas sa vision atteignit le domaine de l'avenir et trop souvent rencontra l'opposition des sceptiques.

Il ne m'appartient pas de discuter les détails de la vie et de l'œuvre du maître ; nous les entendons décrire aujourd'hui par des hommes éminents.

Mais j'aimerais m'arrêter à considérer un moment quelles leçons cette noble vie offre au psychiatre de 1935. Si je puis exprimer une opinion personnelle, je dirai que les 45 années de travail de Magnan à Sainte-Anne enseignent pour toujours la valeur de la recherche individuelle, la nécessité constante d'une attention laborieuse et scrupuleuse aux moindres détails, et peut-être, par-dessus tout, une affection durable pour l'infortuné matériel humain à qui il dévoua sa longue vie.

Monsieur le Président et chers confrères, permettez-moi d'exprimer encore une fois l'hommage respectueux offert en cette occasion inoubliable, par les Sociétés que j'ai l'honneur de représenter, à l'illustre mémoire de Valentin Magnan.

#### CANADA

M. le D<sup>r</sup> Paul LARIVIÈRE, Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (de Montréal) :

#### MES CHERS COLLÈGUES,

C'est pour moi un grand honneur de pouvoir prononcer quelques mots dans cette réunion. Je le fais comme membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique et je suis certain d'être en même temps le porte-parole de mes collègues canadiens.

Comme vous tous, je suis heureux de pouvoir, dans cette commémoration de sa naissance, rendre hommage au grand Magnan, qui symbolise en quelque sorte la clinique psychiatrique française, et à qui nous sommes tous redevables de notre tradition — tradition que nul mieux que notre président, M. Simon, élève de Magnan puis son successeur à l'Admission, ne saurait représenter. Qu'il me soit permis de remercier en vous, mon cher Maître, tous ceux à qui je dois ma formation psychiatrique... Vous savez combien jalousement dans mon pays — dans le Canada français bien entendu — on tâche de conserver l'esprit de la clinique française, que ce soit à l'Université de Montréal ou à l'Université Laval, de Québec. Plusieurs d'entre mes collègues ont été vos élèves (Les plus anciens étaient ceux de Magnan...).

Soyez assuré que nous continuons tous à rester en étroite

communication avec vos enseignements, et s'il ne nous est pas souvent permis d'assister (nous sommes tellement loin), comme j'ai le bonheur de le faire aujourd'hui, à une réunion internationale ou à un congrès, nous le regrettons vivement. Mais par les revues, nous suivons avec intérêt les observations nouvelles, les progrès thérapeutiques et nous tâchons d'en faire notre profit, et je crois que par là nous restons dans la meilleure tradition de l'œuvre de Magnan.

Une réunion comme celle d'aujourd'hui, qui nous remet en mémoire de grands exemples et qui nous montre le chemin parcouru, ne peut que nous emplir de confiance et de reconnaissance.

#### HOLLANDE

*D<sup>r</sup> René Charpentier, Secrétaire général, Société Médico-psychologique.*

*Amsterdam, 27 mai 1935.*

Au nom de la Société Hollandaise de Psychiatrie et de Neurologie, je vous envoie nos félicitations chaleureuses à propos du Centenaire de Magnan, dont nous admirerons toujours l'esprit scientifique et social.

*ARIENS KAPPERS, Président.*

#### ITALIE

M. le Professeur DONAGGIO, *Doyen de la Faculté de Médecine de Modène, Président de la Société Italienne de Psychiatrie et de la Société Italienne de Neurologie :*

REGIA UNIVERSITA DEGLI STUDI  
FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA

*Il Preside.*

*Modena, le 17 mai 1935.*

*A M. le D<sup>r</sup> René Charpentier,  
Secrétaire général de la Société Médico-psychologique, Paris.*

MONSIEUR LE SECRÉTAIRE,

J'ai l'honneur d'envoyer l'adhésion de la Société italienne de Psychiatrie et de la Société italienne de Neurologie à la célébration du Centenaire de Valentin Magnan, fondateur et Méde-

cin-chef de l'Asile Sainte-Anne, et Président de l'Académie de Médecine.

La neuro-psychiatrie doit au génie de Valentin Magnan des progrès fondamentaux. Entre autres, une des œuvres de ce grand savant, les mémorables leçons sur les maladies mentales, ont eu en Italie, ainsi que dans tout le monde, une influence profonde. On a pu croire, dans une certaine période de l'évolution de la Psychiatrie, qu'on aurait dû abandonner quelques conceptions de Valentin Magnan ; mais ces conceptions ont repris toute leur évidence et s'imposent d'une façon définitive. C'est le propre du génie de surmonter victorieusement une époque historique, avec la découverte de la vérité.

Les neuropsychiatres italiens, en présentant leur hommage dévoué à la mémoire de Valentin Magnan, désirent donner aussi une nouvelle preuve des sentiments d'admiration et de fraternité qui unissent l'Italie à la grande nation française.

Veuillez accepter, Monsieur le Secrétaire, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Arturo DONAGGIO,  
*Président de la Société italienne de  
Psychiatrie et de la Société ita-  
lienne de Neurologie.*

#### ROUMANIE

M. le Docteur D. PAULIAN, professeur agrégé, au nom de la *Société de Neurologie et de Psychiatrie roumaine* :

MESDAMES, MESSIEURS,

La Société de Neurologie et de Psychiatrie roumaine s'incline respectueusement devant la mémoire du grand clinicien français.

Nous connaissons tous l'activité infatigable qu'il a menée sur le terrain scientifique et social.

Par ses travaux il a marqué de nouveaux chemins dans l'étude de la psychiatrie et de la médecine légale, qui a connu depuis une phase plus scientifique.

Par sa vie et ses œuvres, Magnan a mérité la reconnaissance non seulement de sa patrie, mais aussi de l'humanité entière.

La Société Médico-psychologique, en rendant un pieux hommage à sa mémoire, donne un bel exemple aux générations qui nous suivront. Un pays est placé d'autant plus haut sur l'échelle de la civilisation qu'il sait valorifier l'œuvre de ses savants.

## SUISSE

M. le D<sup>r</sup> W. BOVEN, privat-docent à l'Université de Lausanne, délégué de la *Société suisse de Psychiatrie* :

MES CHERS CONFRÈRES ET AMIS DE FRANCE,

Le centenaire de Magnan suit de près son jubilé. Moins de vingt ans séparent l'instant de la mort, je ne dis pas de la gloire car, vivant, Magnan l'a connue, mais de cette sorte d'apothéose que le temps seul confère et assure aux plus grands, aux meilleurs des hommes.

Avec le pays, avec la communauté que je représente, avec la Société Suisse de Psychiatrie, je viens me recueillir devant l'autel d'un bon génie, d'un de ces Lares protecteurs et garants de la famille, d'un grand aïeul devenu un dieu familial et familier. Je viens, mes chers confrères, me recueillir avec vous devant son image et m'associer au cher culte que vous lui rendez. Vous l'évoquerez, vous qui l'avez connu en vie ; je l'invoque, comme ceux qui ne l'ayant pas approché jadis ne participent à lui que par le souvenir et la tradition des autres, par la doctrine et l'enseignement des maîtres, ses élèves.

Magnan mort est devenu pour nous tous ce que deviennent les meilleurs d'entre les hommes : un exemple, une suggestion, une force morale. Comme nous en avons besoin ! Nous vivons dans un temps où les valeurs demeurent le meilleur de nous-même et priment, contre tout démenti, les forces souvent mauvaises qui nous sollicitent. Que le souvenir de Magnan nous vienne en aide dans l'exercice de l'activité quotidienne et qu'il soit loué pour tout ce qu'il nous inspire d'éloignement pour l'œuvre basse et facile, de goût pour les tâches hautes et souvent sévères, de lucidité et de probité !

Qu'il soit loué pour la force qu'il nous accorde et pour la part d'idéal qu'il entretient de l'autre côté des monts, en beaucoup d'entre nous.

M. le Professeur M. MINKOWSKI (de Zurich), délégué de la *Société Suisse de Neurologie* :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESDAMES, MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

La Société Suisse de Neurologie m'a chargé de la représenter à cette séance solennelle consacrée à la mémoire de *Jacques-*

*Joseph-Valentin Magnan*, un des plus grands maîtres de la psychiatrie moderne, française et mondiale, à l'occasion du centenaire de sa naissance. Au nom de cette Société, qui rassemble la plupart des neurologues suisses, j'ai l'honneur de m'associer dans un hommage plein d'admiration et de reconnaissance à tous ceux qui honorent aujourd'hui ce grand homme, aliéniste de tout premier ordre, continuateur de la tradition brillante d'*Esquirol*, de *Pinel*, de *Baillarger*, de *Morel*, de *Falret*, ce grand ami des malades, ce noble cœur et lucide esprit. L'œuvre de *Magnan* sera retracée devant nous par des confrères particulièrement compétents. Je me permets seulement de dire quelques mots en ma qualité de neurologue et de représentant de la Suisse. La méthode anatomo-clinique que *Magnan* a appliquée en psychiatrie, surtout dans ses travaux sur la paralysie générale, sur les intoxications du cerveau, sur l'épilepsie, sur l'aphasie, rapproche son œuvre de celle de *Charcot* en neurologie, de *Claude Bernard* en physiologie orientée vers la clinique, comme de l'œuvre plus récente de mon maître *Constantin de Monakow*. Elle a fait de *Magnan* un psychiatre particulièrement proche à la neurologie, qui a contribué à resserrer les liens de ces deux sciences sœurs, en fécondant l'une comme l'autre.

En Suisse, l'œuvre de *Magnan* a exercé une influence très considérable. Nombreux sont les médecins suisses qui ont passé par l'école de *Magnan*, en fréquentant son service et ses leçons au Bureau d'admission de Sainte-Anne, qui se sont considérés comme ses disciples et ont été heureux de pouvoir appliquer et développer dans les asiles de leur pays les principes humanitaires, notamment de non-restraint, vis-à-vis des malades, dont *Magnan* leur donnait un exemple si brillant, et ses différents procédés thérapeutiques. En 1908, lors du jubilé qui eut lieu à l'occasion de la quarantième année de service de *Magnan* à Sainte-Anne, le regretté docteur *Paul-Louis Ladame* de Genève s'est fait l'interprète éloquent des sentiments qui animaient de nombreux neuro-psychiatres suisses envers leur maître.

Un fait encore mérite d'être signalé tout spécialement. C'est grâce en partie aux travaux de *Magnan* sur l'absinthe et les graves effets nocifs qu'elle détermine dans l'organisme, que la fabrication et la consommation de cette drogue a été interdite en Suisse dès 1908, avant même d'être défendue en France. C'est bien une démonstration impressionnante de l'envergure de l'œuvre de *Magnan*, qui, comme toute œuvre grande et féconde, a dépassé largement les limites de son pays et qui a eu des répercussions heureuses multiples, scientifiques, médicales

et sociales dans le monde entier. Et par cela elle a contribué à rapprocher les peuples désireux de santé, d'équilibre psychique et moral, de progrès et de paix, et à les unir dans une grande famille aspirant à un idéal commun !

U.R.S.S.

*Par avion.*

19 mai 1935.

*Monsieur le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.*

Les collaborateurs de la Clinique psychiatrique du Premier Institut de Médecine à Léninegrad et moi, vous prions de vouloir bien présenter nos salutations empressées à la Société Médico-psychologique de Paris à l'occasion du Centenaire du grand savant français V. Magnan, dont la doctrine a laissé une empreinte si profonde sur la psychiatrie russe.

Nous sommes heureux de constater que les brillantes idées des maîtres tels que les célèbres psychiatres français Morel et Magnan ayant traversé de longues étapes et subi de nombreuses épreuves apparaissent et revivent aujourd'hui dans les nouveaux courants de psychiatrie clinique.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Prof P. OSTANCOW,

*Directeur de la Clinique de psychiatrie  
à l'Institut de Médecine, Léninegrad.*

*Télégramme.*

Moscou, 26 mai 1935.

*D<sup>r</sup> René Charpentier, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.*

La Société Neurologique et Psychiatrique de Moscou s'associe à la célébration du Centenaire de Magnan, une des grandes gloires de la Science française, source inépuisable de génies.

*Président actuel de la Société Neurologique et Psychiatrique de Moscou : Prof. KROLL ; Président honoraire de la Société : Prof. MINOR.*



*Télégramme*

*D<sup>r</sup> René Charpentier, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique, Paris.*

*Moscou T.S.F. — Léninegrad, 26 mai.*

Société psychologique Léninegrad regrette n'être pas représentée séance solennelle Magnan, envoie meilleurs compliments psychiatrie française.

*Président : OSSIPOV ; Vice-présidents : OSTANCOW, GOLANT.*

**L'ŒUVRE DE V. MAGNAN**

- I. Magnan dans son service de l'admission à l'Asile Sainte-Anne, par Th. SIMON.
- II. L'œuvre anatomo-clinique de Magnan, par P. GUIRAUD.
- III. Magnan et ses études sur l'alcoolisme, par Roger MIGNOT.
- IV. Les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles dans l'œuvre de Magnan, par Cl. VURPAS.
- V. L'œuvre médico-légale de Magnan, par V. TRUELLE.
- VI. L'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés, par M. DESRUELLES.

Ces exposés sont publiés *in extenso* comme *Mémoires Originaux* dans le présent numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

**Allocution de M. le D<sup>r</sup> Fillassier au nom de la famille  
de V. Magnan**

A la fin de la séance, M. le D<sup>r</sup> FILLASSIER, gendre et collaborateur de V. Magnan, remercia en ces termes :

MESSIEURS,

Permettez-moi, au nom de la famille du D<sup>r</sup> Magnan, de vous remercier d'avoir célébré avec tant d'éclat le Centenaire de sa naissance.

Quoi de plus naturel d'ailleurs ? Par l'orientation de votre esprit, par vos travaux, par votre présence ici, ne vous êtes-vous pas toujours révélés les Fils de sa pensée ?

Qu'il me soit permis cependant de remercier les Hautes Compagnies et les Sociétés Savantes qui ont bien voulu se faire représenter par des membres éminents ;

de remercier les délégués étrangers qui n'ont pas hésité à s'imposer de longs déplacements pour apporter à cette manifestation l'autorité de leur présence et le prestige de leur renommée.

Qu'il me soit permis de remercier également le Bureau de la Société Médico-psychologique qui a pris l'initiative de ces cérémonies.

Voici bien des années que je rencontrais pour la première fois notre Président au Service de l'Admission ; il sait, sans que j'en proteste, les sentiments que je lui porte ; aussi a-t-il compris combien je me suis réjoui lorsque j'ai su que, par un heureux destin, l'assistant si aimé de Magnan présiderait son Centenaire !

Je désire dire nos remerciements au D<sup>r</sup> Sérieux, dont on vient de vous lire la contribution admirable à cette séance ; qu'il reçoive ici, avec nos vœux de prompt rétablissement, le témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration !

Je les dirai également aux rapporteurs qui ont retracé avec tant de savoir, tant de cœur, l'œuvre de Magnan, et l'ont fait en quelque sorte revivre sous nos yeux ; ils ont écrit des pages définitives qui demeureront à travers le temps et auxquelles il faudra toujours se reporter lorsqu'on voudra savoir ce que fut Magnan et tout ce que nous lui devons.

Il importe que leurs rapports soient largement répandus.

Ils montreront une nouvelle fois et avec une grande vigueur ce qu'était la psychiatrie avant Magnan, — ce qu'elle est devenue par lui ; ils témoigneront que les progrès d'aujourd'hui et de demain étaient déjà, et pour longtemps, en puissance dans ses travaux.

Ils feront plus encore ; ils porteront au delà des frontières le prestige de la Science française dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus humain ; aussi convient-il que tous ceux qui travaillent et qui pensent les puissent étudier aisément.

Je ne répondrais enfin, — Messieurs, — ni à votre pensée, ni à mon désir, si je n'adressais des remerciements bien vifs à notre Secrétaire général : ancien interne de Magnan, il a conservé pour son vieux maître une affection toujours en éveil qui l'a naturellement conduit à l'idée première de cette Commémoration ; l'ayant imaginée, il s'est dépensé sans compter pour lui assurer

le succès auquel vous applaudissez et qui lui appartient pour une bonne part.

Par lui, — avec votre concours à tous, — un nouvel hommage a été rendu à un Maître illustre, dans une forme qui lui aurait été particulièrement à cœur ; au milieu de ses collègues, de ses élèves, de ses continuateurs, dans le cadre de la Société Médico-psychologique à laquelle il était si attaché, et qui sait unir dans ses manifestations, tant de simplicité et tant de grandeur !

A tous, merci.

La séance est levée à 19 heures 30.

*Les Secrétaires des Séances,*  
P. COURBON et P. ABÉLY.

---

## DINER ANNUEL SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. PAUL STRAUSS

---

Le soir, après la séance, un dîner, sous la présidence de M. Paul STRAUSS, *Sénateur de la Seine, ancien Ministre, Vice-Président du Sénat, Membre de l'Académie de Médecine*, réunit les membres de la Société Médico-psychologique, les rapporteurs, les délégués français et étrangers et les représentants de l'Administration (Ministère de la Santé publique, Préfecture de Police, Préfecture de la Seine). Au dîner prirent la parole : M. Paul STRAUSS, M. le D<sup>r</sup> Th. SIMON, président de la Société, M. le D<sup>r</sup> Ernest DE CRAENE, au nom des délégués étrangers, et M. le D<sup>r</sup> Noël PÉRON, Médecin des Hôpitaux de Paris, *petit-fils de Magnan*.

### DISCOURS DE M. PAUL STRAUSS

*Sénateur de la Seine, Ancien Ministre, Vice-Président du Sénat*

MESDAMES, MESSIEURS,

C'est avec un vif plaisir que je me suis vu appelé à présider le banquet de la Société Médico-psychologique, à l'occasion du Centenaire de la naissance de Magnan.

Je vois ici quelques-uns de mes collègues de l'Académie de

Médecine, MM. les Professeurs Claude, Georges Dumas, Guillaïn, ainsi que le Professeur Pierre Janet (du Collège de France), et combien d'autres personnalités éminentes, qui eussent pu présider, avec une bien plus grande compétence médicale que moi, cette solennité.

En m'y appelant, votre Bureau, votre si compétent Président M. le Docteur Simon, votre Secrétaire général, mon ami M. le Dr René Charpentier, ont voulu confier cette présidence à un ami de Magnan. Cette désignation m'honore et me touche profondément.

Ces relations amicales remontent à bien longtemps ; il y a plus de 50 ans que nous nous rencontrâmes pour la première fois à la troisième Commission du Conseil général de la Seine ; bientôt Magnan me captiva par la clarté lumineuse de son esprit, la lucidité de son jugement, son amour du malade, sa résolution constante de se pencher vers lui et d'aider à sa guérison, ou à son relèvement chaque fois qu'une aide bienveillante paraissait nécessaire.

Comment faire revivre l'émotion qui s'emparait de ses auditeurs lorsqu'on l'entendait combattre pour la suppression de la camisole de force et de la cellule, — et quelle joie pour lui lorsque son élève Marcel Briand, appelé à diriger le premier service du nouvel asile de Villejuif, biffait d'un trait, sur le plan, l'emplacement des cellules !

Aussi, Messieurs, comment ne pas vous féliciter de votre initiative ; la salle de vos séances était pleine cet après-midi de tous ceux qui venaient rendre hommage à Magnan, et beaucoup n'y trouvèrent pas de place ; ce soir, le nombre de vos collègues qui se pressent autour de cette table, le nombre des délégués étrangers que je salue, et qui ont voulu démontrer par leur présence que l'effort de Magnan était de tous les pays, comme il sera de tous les temps, tout cela ne disait-il pas combien votre initiative était heureuse et de quel succès elle fut couronnée !

Magnan mérite tous les éloges et tous les hommages ; il a été un grand savant, il a été un médecin incomparable ; il a fait revivre et continué la tradition de Pinel, il a véritablement humanisé la thérapeutique des maladies mentales.

Et quelle admirable modestie ! Lors de son jubilé, en 1908, sous la présidence illustre de Georges Clemenceau, son ancien camarade de Bicêtre, il avait témoigné de sa répugnance pour les honneurs et pour la publicité.

Un tel homme, dont les travaux scientifiques et les réalisations générales conservent à l'avenir leur valeur magistrale, est, à pro-

prement parler, représentatif de la psychiatrie contemporaine, et, je le dis avec fierté, de la Médecine française.

La Société Médico-psychologique s'est honorée elle-même en glorifiant un de ses plus illustres membres et en la félicitant encore de sa belle initiative, si opportune dans les temps que nous vivons, je vous invite à acclamer le nom glorieux et la mémoire vénérée du grand Valentin Magnan.

M. Ernest DE CRAENE, de Bruxelles, prit la parole au nom des Délégués étrangers présents. Dans une allocution très applaudie, il remercia M. le Ministre Paul Strauss dont il rappela l'œuvre considérable en matière d'assistance, d'hygiène, et particulièrement d'assistance psychiatrique. Exprimant sa reconnaissance à ses collègues français, au Président et au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique pour l'organisation de cette réunion, il rappela que la 39<sup>e</sup> session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Bruxelles du 22 au 28 juillet 1935.

M. Th. SIMON, président de la Société Médico-psychologique, remercia M. Paul STRAUSS d'avoir bien voulu présider ce dîner et faire revivre dans ses paroles la grande figure de V. Magnan. Il adressa également les remerciements de tous au D<sup>r</sup> Ernest DE CRAENE et à tous les délégués étrangers, aux représentants du Ministère de la Santé publique, de la Préfecture de Police, de la Préfecture de la Seine, et aux membres de la Société réunis en ce dîner annuel pour commémorer le Centenaire de V. Magnan.

M. Noël PÉRON, Médecin des Hôpitaux de Paris, petit-fils de V. Magnan, remercia ensuite en ces termes :

MONSIEUR LE MINISTRE,  
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,  
MESDAMES, MESSIEURS,

Certains devoirs sont doux à remplir, car ils font appel seulement à notre affectivité, aussi est-ce bien simplement du fond du cœur qu'au nom de la famille de Magnan, je viens vous remercier des cérémonies d'aujourd'hui.

Cérémonies, terme qui ne convient peut-être pas aux manifestations de ce soir, manifestations, je crois, toute de piété filiale que vous avez bien voulu consacrer à sa mémoire.

Je ne trahirai pas la pensée de MM. Simon et René Charpentier en soulignant que ce caractère intime c'est par une pieuse intention qu'ils l'ont recherché, connaissant bien la mentalité de leur vieux Maître.

Trop jeune pour avoir subi directement l'empreinte médicale de Magnan, permettez-moi d'évoquer quelques souvenirs que la mémoire de l'enfant et de l'adolescent a enregistrés comme un fidèle témoignage.

Saint-Anne, ses cours, ses murs, ses vieux marronniers étaient familiers à nos jeux d'enfants. Certains jours nous étions admis au premier étage de l'Admission au bureau de Magnan, je le vois encore dans cette vaste pièce, des livres, des papiers partout et le bon sourire de Magnan, qui nous montrait sur le toit voisin les pigeons familiers venus à son appel.

Un jour, grand événement, c'était le jubilé, mot nouveau pour une âme d'enfant, je revois l'amphithéâtre de l'Admission, simple, sans faste, rempli d'une atmosphère qui n'était pas celle d'un jour de fête : je revois Magnan, le masque défait, pleurant son vieil ami Merjewski, venu de Moscou pour l'assurer de sa vieille amitié et qui venait de succomber. Bouchard, dans une fraternelle accolade, rappelait à Magnan les cruelles duretés de la vie.

L'amphithéâtre m'a paru baigné de tristesse, mais quelle atmosphère de chaude affection, véritable communion du culte de l'amitié.

Cette philosophie de l'amitié, Magnan la connaissait et la pratiquait et au début de la tourmente de 1914 nous avons pu mieux le connaître ayant vécu plus près de notre grand-père.

Magnan n'aimait guère les manifestations intempestives et détestait ce besoin d'extériorisation qui est peut-être une maladie actuelle.

Le travail était sa joie et il l'aimait pour sa satisfaction intrinsèque, personnelle, égoïste, et ce fut certainement une des grandes joies de sa vie.

Aussi la journée d'aujourd'hui toute intime, toute filiale, paraît avoir été conçue dans l'esprit de Magnan et c'est pourquoi nous vous disons encore et du fond du cœur : « Merci ».

---

# SOCIÉTÉS

---

## Société Française de Psychologie

---

*Séance du Jeudi 23 Mai 1935*

---

Présidence : M. LAHY, président

---

### Les applications de l'analyse électroacoustique à l'étude de la psychologie du langage, par M. A. GEMELLI.

M. A. Gemelli est le premier à avoir étudié non seulement des phonèmes, mais des mots et des phrases parlées et chantées au moyen de l'oscillographe cathodique, avec enregistrement phonographique simultané. Après avoir présenté les très beaux électrogrammes obtenus par lui, il dégage les résultats de ces recherches : le langage apparaît comme un tout dans lequel on ne peut isoler ni syllabes, ni paroles, ni phrases ; c'est une suite de mouvements auxquels correspondent des sons ayant une signification et dont la compréhension accomplit elle-même une unification perceptive. Sous les deux aspects de la phonation et de l'audition, la parole apparaît donc comme dominée par la loi de la Forme.

### Le timbre des voyelles, par M. P. KUCHARSKI.

Le problème du timbre des voyelles est lié étroitement à celui de leur nature. Après avoir rappelé les théories de sons vocaux (Helmholtz, Hermann) qui les caractérisent par un son de hauteur fixé, les idées de Lloyd pour qui la voyelle résulte de plusieurs sons produisant une fréquence déterminée, M. Kucharski expose les vues de Sir Richard Paget, pour qui la voyelle s'analyse en deux sons, l'un grave, l'autre plus élevé, chacune de ces hauteurs correspondant à une zone de fréquences et non à une fréquence fixe ; ces vues ont été vérifiées par la production expérimentale des voyelles. L'auteur a poursuivi ces recherches et établi que le rapport de ces deux

fréquences est spécial à chaque voyelle. La voix humaine comme chaque instrument, les voyelles et leur timbre sont caractérisées par l'intervalle des sons composants.

D. LAGACHE.

---

## Société de Médecine Mentale de Belgique

---

Séance du 27 Avril 1935

---

Présidence : M. ALEXANDER, président

---

**Les plaques séniles et la dégénérescence d'Alzheimer sont-elles essentielles de la démence sénile ?** par M. P. DIVRY.

Les plaques séniles et la dégénérescence d'Alzheimer sont des lésions fréquentes dans la presbyophrénie, caractérisée cliniquement par l'affaiblissement de la mémoire de fixation avec fabulation compensatrice. Elles n'en sont cependant pas pathognomoniques. Les plaques se retrouvent en effet chez le vieillard normal dans 84 0/0 des cas, et la dégénérescence d'Alzheimer dans 82 0/0 des cas. On rencontre aussi ces lésions chez des individus beaucoup plus jeunes (c'est la maladie d'Alzheimer), et dans certains cas de parkinsonisme postencéphalique. Elles ne sont donc pas spécifiques de la démence sénile, mais en sont-elles essentielles ? Ici aussi, il faut répondre par la négative : sur 35 cas de démence sénile étudiés par l'auteur, ces lésions se sont montrées complètement absentes dans 2 cas.

On peut dire que, dans la démence sénile, les plaques sont présentes dans 94 0/0 des cas, la dégénérescence d'Alzheimer dans 88 0/0 des cas. Existe-t-il un rapport entre ces lésions et les modalités cliniques de la démence sénile ? Il faut encore répondre par la négative : L'auteur a classé ses cas en trois types principaux : la forme simple, la forme à prédominance d'agitation psycho-motrice et la forme paranoïaque. Il n'a pu établir aucun parallélisme entre ces formes cliniques et les caractères des lésions envisagées.

**Epilepsie pleurale,** par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Relation du cas d'une jeune fille de 27 ans qui présente un syndrome mental confusionnel en rapport avec l'évolution d'une pleurésie purulente.

Bien que la malade n'ait jamais présenté antérieurement aucun trouble mental ou comitial, le début de l'affection psychique et pleurale fut marqué par une crise d'épilepsie survenue en pleine santé apparente. Les auteurs discutent, à propos de ce cas, la pathogénie de l'épilepsie pleurale.

J. LEY.



# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

**Société Suisse de Psychiatrie**

**84<sup>e</sup> Réunion (Zug)**

---

**Présidence : M. TRAMER (de Rosegg)**

---

*Séance du 12 mai 1934*

---

**Discussion sur les expertises psychiatriques.**  
**Rapport présenté par M. O. HINRICHSSEN (d'Herisau).**

Le rapporteur insiste sur l'actualité du problème, étant donné les divergences si fréquemment constatées chez les experts qui ont à examiner le même sujet. Il cite des exemples, dont celui d'un délinquant, dont la responsabilité fut reconnue tantôt entière, tantôt atténuée, tantôt inexistante, et qui fut étiqueté tantôt psychopathe constitutionnel, schizoïde ou instable, etc., tantôt hébéphrène ou schizophrène. De pareilles divergences créent de grandes difficultés, font prendre décisions contradictoires, et contraires à l'intérêt de la Société et des délinquants eux-mêmes. Les conséquences seraient peut-être moins préjudiciables, si les experts ne se contentaient pas d'établir un diagnostic et d'évaluer le degré de la responsabilité, mais s'ils insistaient également sur la psychologie de l'acte délictueux en s'efforçant de le faire comprendre aux juges. Il est vrai que malgré tous les remèdes qu'on préconisera, il y aura toujours des difficultés, car il y aura toujours des cas-limites, et c'est à propos d'eux que les divergences d'appréciation sont rencontrées.

*Discussion.* — M. ZANGGER (de Zurich) essaie d'expliquer les causes des divergences dans les expertises, si préjudiciables à l'autorité des psychiatres-experts et à l'institution de l'expertise en général. Elles proviennent en par-

tie d'une prise en considération incomplète des raisons d'être de l'expertise, instituée non seulement pour identifier des troubles éventuels et pour préciser leurs répercussions sur l'activité et le comportement du sujet, mais aussi dans le but d'aider à prendre des décisions rationnelles conformes aux intérêts du sujet et de la collectivité. D'autres résultent des positions doctrinales ; ici on voit notamment l'influence de la doctrine de la schizophrénie. Pour le psychiatre ce mot signifie un mode d'évolution, une forme d'hérédité, ce n'est pas ce qui intéresse le juge ni à quoi vise l'expertise. De véritables malentendus entre le juge et l'expert s'expliquent souvent par une description psychologique insuffisante du sujet examiné. Enfin, les experts ne se rendent pas toujours suffisamment compte des difficultés du rapport psychologique entre l'examineur et le sujet examiné ; lorsqu'ils les constatent, ils omettent de les signaler au juge, qui est ensuite dérouté par les mêmes difficultés.

M. Ch. STRASSER (de Zurich). — L'expert doit penser au but recherché par le juge, qui est, non de prouver l'irresponsabilité, mais d'établir la responsabilité et la punissabilité. Il ne doit apporter que des déductions et des conclusions biologiquement contrôlables. Quant au diagnostic psychopathie constitutionnelle, ce n'est souvent qu'un diagnostic d'embarras ou de commodité pour masquer la difficulté, ou l'incapacité, lorsqu'il s'agit par exemple de reconnaître une psychose au début.

M. STACHELIN (de Bâle). — L'expert ne doit pas se laisser orienter par des considérations pratiques, d'ordre juridiques ou sociales. Déclarer responsable un délinquant qui ne l'est qu'incomplètement ou pas du tout, sous prétexte de ne pas lui donner un « sauf-conduit » pour l'avenir ou d'éviter une sanction trop clémente, c'est une faute très grave. L'expert doit s'abstenir aussi de considérations de thérapeutique et d'assistance. Il doit rester cantonné dans sa tâche d'expert, qui est d'aider le juge, et il doit s'efforcer de mettre d'accord le raisonnement biopsychologique et le raisonnement juridique. Sans doute, certaines divergences sont impossibles à éliminer, exemples les délits des idiots amoraux avec tempérament sthénique et ceux de l'ivresse pathologique ; mais, dans ce cas, l'expert exposera le point de vue psychiatrique, l'opposera au point de vue du juge, et c'est le juge qui appréciera. Enfin, il est utile de rappeler qu'une psychose antérieure chez un sujet soumis à expertise, n'est pas une preuve d'irresponsabilité.

M. TRAMER (de Rosegg). — Plutôt que de changer en celui de psychopathie constitutionnelle un diagnostic antérieur de psychose, un expert doit envisager la possibilité de rémission, d'arrêt, d'amélioration temporaire de la psychose. L'expertise doit se documenter dans les expertises antérieures et se servir également des documentations de ces expertises. Des divergences se produiront toujours, mais alors l'expert a le devoir d'en exposer les raisons et de donner les arguments de son point de vue. Le manque de concordance des doctrines, en ce qui concerne le pronostic des psychoses schizophréniques par exemple, est regrettable en matière d'expertise. Lorsqu'on affirme l'incurabilité des schizophrénies, il faudrait au moins faire une place à part aux schizophrénies réactives. L'expert n'a d'autre tâche à remplir que d'éclaircir la causalité, la genèse, la motivation de l'acte incriminé ; les conclusions à en tirer, appartiennent au juge ; l'expert ne doit pas s'écarter de son rôle strict.

Séance du 13 mai 1934

---

**Les mouvements des idiots et les mouvements catatoniques,**  
par M. PFERSDORFF (de Strasbourg).

Les ressemblances sont frappantes entre les mouvements des idiots et les mouvements catatoniques, qu'il s'agisse des phénomènes d'inhibition et d'arrêt ou de ceux d'excitation motrice. La discordance entre les mouvements des bras et des doigts dans la diplégie spasmodique, certains aspects de la démarche dans le Little vrai rappellent des aspects du maniérisme catatonique ; l'apraxie symétrique est observée chez les uns et les autres. Les stéréotypies sont fréquentes chez les idiots avec troubles mésocéphaliques. L'auteur a décrit chez les catatoniques un syndrome consistant en association de syllabes dépourvues de sens et de mouvements athétosiques de la main droite ; ce syndrome existe aussi dans l'hémiplégie infantile. Certains désordres moteurs des idiots ressemblent en tout aux troubles moteurs des psychoses de motilité décrites par Kleist. Enfin, on constate chez les idiots et les catatoniques des parafonctions et des pararéactions d'aspect identiques.

Mais identité d'aspect ne signifie pas identité de mécanisme. Celui-ci est par exemple tout à fait différent pour les stéréotypies. Là où il y a dissociation chez les catatoniques, il y a anassociation chez les idiots. L'identité de mécanisme doit être admise pour les troubles du type psychoses de motilité et pour les parafonctions. En ce qui concerne les phénomènes qui se rapprochent du maniérisme, l'auteur rappelle la théorie d'Homburger, selon laquelle le maniérisme serait dû à une dissociation entre les fonctions pyramidales et extrapyramidales, et il se demande s'il ne s'agit pas plutôt d'une dissociation entre différentes catégories, différents étages de fonctions pyramidales.

**La structure psychologique de la pseudologie plantastique,**  
par M. KIELHOLZ (de Königsfelden).

Chez les sujets atteints de pseudologie phantastique, il existe toujours une structure bisexuelle plus ou moins nette, jamais un érotisme hétérosexuel exclusif. Ils mentent comme des enfants qui n'ont pas encore la notion exacte de leur sexe. Dans leurs efforts d'adaptation à l'ambiance, une partie de leur être reste toujours insatisfaite, tantôt la partie active ou virile, tantôt la partie passive, féminine. Il en résulte des réactions de compensation, des autopunitions, des tentatives d'adoucir la sévérité du père par l'aveu et par l'acceptation de la sanction, des réactions de défense contre la réalité hostile, des réactions de défense contre l'envahissement menaçant du Moi par les tendances dangereuses du ça, c'est-à-dire contre la psychose.

**La responsabilité dans l'âge infantile et juvénile,** par M. J. LUTZ (de Zurich).

C'est une discussion purement théorique, puisque l'irresponsabilité est admise en pratique pour les enfants. En réalité, l'enfant a une responsabilité

qui est différente de celle de l'adulte. Des facteurs tels que peur de la punition, crainte de l'autorité, respect pour les parents et les éducateurs compensent l'insuffisance de la discrimination et du libre arbitre, les compensent d'autant plus que l'enfant est plus jeune. Suivant l'intégrité ou non de ce mécanisme de protection de la personnalité morale infantile, on peut donc concevoir une graduation de la responsabilité infantile, qui peut être entière, atténuée, inexistante.

**Le problème de la stérilisation et de la castration des anormaux psychiques et sexuels, par M. H. WANTOCH.**

Chez les anormaux sexuels, seule la castration est efficace, chez les pervers davantage que chez les excités génitaux. Partout ailleurs, c'est la stérilisation qui doit être préconisée. Elle sera toujours pratiquée par voie chirurgicale, jamais avant la puberté. La Loi allemande est prématurée, sinon erronée. Etant donné le caractère des indications de stérilisation qu'elle contient, elle aboutit tantôt à des stérilisations abusives, tantôt elle reste inopérante. Son caractère obligatoire doit être également rejeté, du moins pour la Suisse.

---

**85<sup>e</sup> Réunion (Berne)**

---

**Présidence : M. FLOURNOY, président**

---

*Séance du 3 novembre 1934*

---

**Rapport sur l'hygiène mentale, par M. A. RÉPOND (de Malévoz).**

L'auteur essaie de fixer les limites du mouvement actuel d'Hygiène mentale au point de vue théorique et pratique, et d'en rechercher les bases scientifiques. Au point de vue historique, on constate que l'hygiène mentale a puisé une grande partie de ses idées directrices dans le behaviorisme de Watson et dans la psychanalyse. Son organisation et ses méthodes de propagande ont gardé, même en Europe, quelque chose de leur origine américaine.

L'auteur étudie ensuite les conditions extérieures qui déterminent l'action de l'Hygiène mentale ainsi que les difficultés inhérentes d'ordre philosophiques de l'Hygiène mentale et tâche de préciser sa situation par rapport aux sciences médicales et psychiatriques. Pour terminer, il esquisse un programme d'Hygiène mentale et étudie les domaines où son action peut être immédiate et ceux que l'avenir seul permettra de conquérir (le rapport a paru *in extenso* dans l'*Evolution Psychiatrique*).

**L'Hygiène mentale, par M. J. KLAESI (de Berne).**

L'hygiène mentale prophylactique est suffisamment développée en Suisse ; on doit surtout mettre en garde contre l'excès. Quant à cette partie de l'Hygiène mentale qui vise à améliorer les individus, à pousser et à stimuler les forts et les capables (Förderungs hygiene), elle n'est pas tant affaire des médecins que des éducateurs et des chefs. L'œuvre du médecin est ici surtout dans l'action individuelle, dans cette action éducatrice et caractérologique qui appartenait autrefois au médecin de famille. Il faut rendre les médecins de nouveau capables de remplir ce rôle grâce à un enseignement psychiatrique et psychologique meilleur, au cours des études médicales.

**La loi allemande de stérilisation, du 17 juillet 1933,  
par M. E. RÜDIN (de Munich).**

L'auteur expose les principaux éléments de la loi de stérilisation allemande en mettant en relief les garanties données à l'individu. Il essaie d'infirmer les critiques qui ont été faites à cette loi, en particulier celles qui sont dirigées contre son caractère obligatoire. L'obligation a été nécessaire en Allemagne, parce que des influences doctrinales, philosophiques et religieuses tendaient à rendre inopérante toute loi de stérilisation, et parce qu'il est établi que les sujets les plus visés par la Loi de stérilisation sont ceux qui s'y soumettent le moins volontiers. Grâce à une meilleure éducation du peuple, la Loi de stérilisation sera considérée un jour comme un bien nécessaire, au même titre que les Lois qui ont institué la fréquentation scolaire obligatoire, la participation obligatoire à la défense de la patrie, des mesures obligatoires dirigées contre les maladies contagieuses, etc.

**L'organisation de l'Hygiène Mentale en Belgique,  
par M. S. VERMEYLEN (de Bruxelles).**

L'auteur expose le fonctionnement des Centres d'Hygiène mentale, qui sont institués dans toutes les villes importantes de Belgique, et le rôle important qu'ils remplissent, plus particulièrement en hygiène et prophylaxie mentale infantiles. Malgré quelques lacunes qui restent à combler, l'action de l'Hygiène mentale en Belgique a pu, en dehors de toute contrainte et de toute action légale (sauf pour les délinquants), s'exercer dans des conditions très satisfaisantes et porter déjà des fruits appréciables.

**Le problème de l'hérédité dans l'indigence intellectuelle  
et dans l'épilepsie, par M. WEYGANDT (de Hambourg).**

Le problème de la stérilisation des arriérés et des épileptiques apparaît délicat si on considère l'importance des facteurs exogènes qui peuvent déterminer ces anomalies, tantôt en dehors de toute hérédité, tantôt en se combinant avec elle. En ce qui concerne l'épilepsie, l'influence de l'hérédité et l'existence de formes héréditaires sont indéniables. Malgré les investigations les plus minutieuses, la question du caractère héréditaire ou non de certains cas ne peut être tranchée. L'institution de fiches d'hérédité (Gesundheitspass) pour tous les habitants contribuerait à une exécution rationnelle de la Loi de stérilisation.

**L'influence du bruit sur la santé nerveuse, par M. BERSOT (de Neuveville).**

L'influence nocive du bruit a été étudiée pour l'appareil digestif, la circulation, les sécrétions glandulaires. Elle est particulièrement néfaste pour le système nerveux. L'auteur donne des exemples et montre les perturbations que crée le bruit non seulement dans la fonction auditive et labyrinthique, mais également dans les fonctions psychomotrices et le travail cérébral. L'Hygiène mentale doit s'intéresser à cette question et contribuer à trouver des solutions et à préconiser des mesures. Elle doit lutter non seulement contre les causes matérielles du bruit, mais également contre ses causes psychologiques, car « faire du bruit et vivre dans le bruit est souvent l'indice de troubles nerveux ou psychiques ».

**Les perturbations dans la vie conjugale,  
par M. W. MORGENTHALER (de Berne).**

L'auteur a fait une enquête sur 150 cas de perturbations de la vie conjugale, dont il a eu à s'occuper, soit dans un but thérapeutique, soit comme expert. Il étudie les rapports entre ces perturbations et les diagnostics psychiatriques, entre les conjoints sains et les conjoints malades, entre ceux appartenant au groupe cyclothyme et ceux du groupe schizothyme. Il compare ses résultats avec ceux de l'étude de Kretschmer sur les ménages sains, qu'ils corroborent. (A paru *in extenso* dans les *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXV, fasc. 1<sup>re</sup>, 1935).

---

Séance du 4 novembre 1934 (Waldau)

---

**Hygiène mentale du travail et prophylaxie des accidents,  
par M. S. BLUM (de Berne).**

L'auteur émet une théorie psychanalytique de l'origine du travail, issu de nécessité et de plaisir. Tel qu'il a été conçu à l'origine, le travail doit être imprégné par des forces psychiques très intenses, qui font de l'être qui agit et du monde qui l'entoure, une seule unité. Or, la rationalisation moderne du travail signifie la destruction de cette unité, et il en résulte des conséquences pathologiques sérieuses. Elle a enlevé au travail sa qualité essentielle d'être une source de premier ordre de satisfaction et de stimulation psychique, elle-même à l'origine du pouvoir de dompter et de sublimer les instincts agressifs ; elle a aboli l'élément créateur qu'il doit y avoir dans tout travail. Il s'en suit une libération des forces d'agression, qui finissent par se retourner contre l'individu lui-même. Ainsi, l'auteur arrive à une interprétation psychanalytique de l'accident, en rapport avec des sentiments de culpabilité et des tendances auto-punitives ; des idées analogues ont été déjà développées par Weizsäcker et Kronfeld.

**Psychologie pratique et Hygiène Mentale, par M. P. GARNIER (de Berne).**

L'auteur montre les dangers graves résultant d'une pratique qui consiste à confier les examens psychotechniques et psychologiques à des non-médecins, surtout quand il s'agit de cas-limites que le médecin est seul capable de reconnaître et de juger. Des mesures législatives sont nécessaires pour remédier à cet abus. Dès qu'il y a perturbation pathologique, fût-elle minime, seul le médecin est compétent. La collaboration entre psychologue et médecin est possible, mais seul le dernier aura à décider, s'il y a maladie ou non. Un enseignement psychiatrique mieux organisé doit rendre les médecins capables de remplir cette tâche ; la psychologie et l'Hygiène mentale doivent faire partie de cet enseignement.

**L'étude des normes en psychologie, par M. R. de SAUSSURE (de Genève).**

L'idée du caractère normal préoccupe la psychothérapie depuis qu'avec la pratique psychanalytique notamment, elle s'efforce non seulement de faire disparaître les symptômes nerveux, mais de modifier le caractère qui leur servait de base. De l'avis de l'auteur, voici les 8 principes qui doivent guider tout redressement caractéristique :

1) adapter de façon aussi parfaite que possible nos besoins intérieurs à la réalité extérieure ; — 2) avoir une connaissance toujours plus parfaite de soi-même pour connaître ses besoins, ses possibilités et les entraves intérieures à notre propre développement. C'est le principe socratique ; — 3) tendre à ce que tout acte corresponde au choix librement consenti par toute notre personnalité. C'est le principe de l'autonomie ; — 4) vivre pleinement, c'est-à-dire extérioriser complètement toutes les impressions que nous ressentons. C'est le principe du non-refoulement ; — 5) tendre constamment vers l'épanouissement maximum de notre personnalité, c'est-à-dire développer harmonieusement toutes les possibilités de notre être. C'est le principe d'harmonisation ; — 6) être capable de déployer soi-même l'initiative nécessaire pour transformer le monde extérieur de façon à le rendre plus apte à la satisfaction de nos besoins. C'est le principe d'indépendance et d'invention qui a pour principe complémentaire le suivant ; — 7) si la réalité extérieure ne peut pas être transformée, ou tout au moins ne peut l'être immédiatement, savoir organiser le monde intérieur de façon à éviter toute obsession. C'est le principe de compensation ; — 8) tendre à ce que notre comportement devienne de plus en plus objectif, c'est-à-dire que nous ayons une appréciation toujours plus exacte de la réalité extérieure et de nous-mêmes. C'est le principe du réel ou de la connaissance.

**Les fondements de l'Hygiène mentale générale, par M. TRAMER (de Rosegg).**

La connaissance des bases de l'Hygiène mentale implique celle de ses limites par rapport aux sciences voisines : biologie, psychologie, sociologie, neurologie, psychopathologie, psychiatrie, pédagogie thérapeutique. Des définitions divergentes ont été données de l'Hygiène mentale, suivant l'angle sous lequel on l'a considérée, suivant qu'on a placé au centre l'homme sain ou l'homme malade. L'auteur a donné la définition suivante dans son ouvrage : *Hygiène Mentale Générale* (1931) : L'Hygiène mentale est l'étude de la santé psychique, scientifiquement organisée, c'est-à-dire en utilisant les connaissances groupées selon leur ordre systématique et selon les lois dont elles

dépendent. L'Hygiène mentale n'est ni exclusivement de la psychopathologie et de la psychiatrie appliquée (Kanders), ni exclusivement de la biologie et de la psychologie appliquée. La difficulté de préciser la nature et les buts de l'Hygiène mentale résulte en partie de la difficulté de donner une définition positive et généralement applicable de la santé psychique. L'auteur a essayé d'établir un « programme vital minima » et d'en indiquer les caractéristiques. Il a tenté de solutionner les difficultés d'ordre psychologiques qui s'opposent à cette définition, par l'hypothèse d'une Loi de la polarité psychodynamique. En ce qui concerne ses méthodes, l'Hygiène mentale vise à influencer le psychisme de l'homme, soit en s'adressant à lui directement (méthodes psychologiques), soit indirectement (méthodes biologiques). L'efficacité de ces méthodes suppose l'existence d'une disposition, d'une réceptivité spéciales chez le sujet auquel elles s'adressent, et cette notion est importante en hygiène mentale.

E. BAUER.

---

## Société Suisse de Neurologie

**XXXIX<sup>e</sup> Assemblée, 9-10 juin 1934, Neuchâtel**

---

**Présidence : M. Ch. DUBOIS (de Berne)**

---

**Considérations biologiques sur la restitution et l'adaptation dans les lésions du système nerveux central de l'homme et des animaux, par M. V. DÉMOLE (de Bâle).**

L'auteur étudie les phénomènes de restitution dont l'importance diminue chez les animaux au fur et à mesure qu'on remonte dans l'échelle, c'est-à-dire au fur et à mesure de leur céphalisation, et ceux de l'adaptation automatique ou involontaire, ou volontaire. De l'étude des phénomènes de restitution est née la théorie de Bethe, de la plasticité du système nerveux ; elle est à peu près inapplicable chez l'homme. Celui-ci est pauvre en ressources restitutives, mais il dispose d'une capacité d'adaptation considérable. Elle mérite d'être étudiée davantage, elle est plus étendue qu'on l'imagine et les ressources thérapeutiques qu'on peut en tirer sont loin d'être épuisées.

**La restitution dans le système nerveux, par M. O. VERAGUTH (de Zurich).**

Après avoir passé en revue les modalités des processus restitutifs, l'auteur en étudie les causes, qu'il divise en constitutionnelles et conditionnelles. Parmi ces dernières, il cite : l'âge, les affections concomitantes, la disposition momentanée (vigilance de Head). Il étudie ensuite les conditions de la



vigilance : innervation végétative du système de la vie animale, selon Hess, — système végétatif en entier, selon Kraus. D'autres facteurs interviennent : le système nerveux central dans les phénomènes de restitution périphériques, — la proprioceptivité, donc des causes périphériques, dans les processus restitutifs au niveau des centres.

**Processus de réparation dans le système nerveux central,**  
par M. K.-M. WALTHARD (de Zurich).

L'auteur montre, à l'aide de diapositifs, les processus de désintégration et de réparation et insiste sur les réactions glieuses ectodermiques pures d'une part, les réactions mixtes, gliomésenchymateuses d'autre part.

**Comportement fonctionnel de déficients anatomiques,**  
par M. K.-M. WALTHARD (de Zurich).

Description de quatre sujets ayant été atteints de lésions graves dans le domaine des extrémités et étant arrivés, grâce à des processus d'adaptation, à un comportement fonctionnel quasi-normal.

**Syndromes pyramidaux réversibles,** par M. R. BING (de Bâle).

A paru dans les *Archives Suisses de Neurologie*, vol. XXXIV, et a été analysé dans les *Annales Médico-Psychologiques*.

**Restitution fonctionnelle et régénération organique dans les traumatismes de la moelle épinière,** par M. J. LHERMITTE (de Paris).

L'auteur montre les phénomènes de régénération après section complète de la moelle et insiste sur l'importance du tissu conjonctif et de son collagène favorisant la régénération. Cette disposition pourrait être utilisée un jour en thérapeutique. En dernière analyse, les fonctions automotrices revivent, se restaurent, mais il n'y a pas de retour des fonctions volontaires, même après l'affrontement des segments spinaux séparés. Seules peuvent revenir quelques fonctions de sensibilité grâce à l'activité réparatrice des fibres des racines postérieures.

**Les suppléances fonctionnelles après ablation chirurgicale de la moitié du cervelet,** par MM. G. de MORSIER et A. JENTZER (de Genève).

Chez deux sujets atteints de tumeur cérébelleuse, la résection complète d'un hémisphère eut pour effet la régression totale ou partielle des troubles cérébelleux, kinétiques et statiques. L'aspect clinique démontre, dans ces cas, que l'appareil vestibulaire ne joue aucun rôle dans les phénomènes de suppléance. Ceux-ci sont dus, à l'action de l'hémisphère sain d'une part, à celle des voies pyramidales d'autre part.

**Quelques exemples de tolérance du système nerveux dans les tumeurs cérébrales,** par M. H. BRUNSCHWEILER (de Lausanne).

L'auteur communique les observations de deux sujets, chez lesquels les troubles neurologiques étaient restés très atténués jusqu'à la fin de l'évo-

lution, alors que l'un fut trouvé atteint d'une tumeur très volumineuse des deux hémisphères cérébraux, l'autre de carcinome métastatique du cerveau avec vingt noyaux cancéreux plus ou moins volumineux.

**Le rôle de la kinésithérapie dans la récupération des fonctions nerveuses, par MM. H. BERSOT (de Landeron) et H. BRANDT (de Genève).**

La kinésithérapie a pour objet : la régénération de la fibre musculaire par la contraction musculaire, le réveil de l'activité du neurone médullaire par l'excitation centrale, l'action régénératrice sur les centres moteurs mésocéphaliques, en particulier ceux du tonus, l'action sur la zone corticale sensitivomotrice et la volonté motrice, le rétablissement des coordinations motrices normales qui sont à la base de toute activité motrice. L'activité motrice spontanée n'est pas capable de donner les mêmes résultats, les auteurs en expliquent les raisons.

**La réadaptation à la vie normale : grands et petits mentaux améliorés par la pyrétothérapie, par M. E. v. KOEHLER (de Genève).**

L'auteur communique douze observations et les résultats d'ensemble de 192 cas traités par la pyrétothérapie selon différentes méthodes (111 succès, 40 améliorations, 41 insuccès). Il conclut : « Dans tous ces cas, nous constatons que par la maladie même et par la cure thérapeutique, une transformation s'est créée, soit dans la personnalité antérieure, soit dans la constitution du sujet. L'intelligence, l'intellect, la volonté, le self-control, l'affectivité, etc., inhibés auparavant, réacquirent, une fois soumises à la faculté de réadaptation intégrale, un aspect évolutif, progressif, et plus complet. Cette faculté de réadaptation permet aux malades de se conformer plus facilement aux nécessités de la vie, donc du milieu ambiant, ce qui signifie que la maladie, une fois arrêtée thérapeutiquement dans son évolution, élimina non seulement les complexes psychiques attachés à la maladie elle-même, à un moment donné, mais aussi les troubles fondés sur un déséquilibre constitutionnel primitif. »

**Une circonvolution de passage entre l'île de Reil et le rhinencéphale, par M. E. LANDAU (de Lausanne).**

Découvert par Landau chez les ursidés, ce pli de passage a été retrouvé par lui chez le singe et chez l'homme, sous forme d'une circonvolution entre l'île postérieure de Reil et la partie antérieure de l'hippocampe.

**Contribution à l'étude de la maladie de Lindau, par M. F. LOTMAR (de Berne).**

L'auteur rapporte un cas d'angiomatose de la rétine et d'angiomatose cystique du cervelet. Il insiste sur les caractères symptomatologiques qui dépendent de la nature angiomateuse de la maladie et fait une mise au point des connaissances actuelles sur la maladie de Lindau.

**A propos de 6 cas de tumeurs de la fosse cérébrale postérieure,  
par M. H. BRUNSCHWEILER (de Lausanne).**

La progression des symptômes suit exactement la progression anatomique de la tumeur, qui de son côté est déterminée par le sens de l'inclinaison du plan squelettique sur lequel s'appuie la tumeur. Une connaissance chronologique parfaite des signes cliniques permet, en remontant des derniers apparus aux premiers, de préciser le siège exact de la tumeur.

**Un cas de pachyméningite chronique post-traumatique avec hématome microscopique sus- et sous-dural et un cas d'hémangiome caverneux rétrooculaire simulant un méningiome, par M. A. JENTZER (de Genève).**

E. BAUER.

---

**Groupement Belge d'Etudes  
Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales**

---

*Séance du 27 Avril 1935*

---

**Présidence : M. CHEVAL, président**

---

**Méningiome parasagittal ? par M. P. MARTIN.**

Présentation d'un malade dont l'affection a débuté par des céphalées et qui présente actuellement une série de symptômes pouvant faire penser à un méningiome parasagittal, malgré l'absence de signes oculaires : anesthésie des deux membres inférieurs jusqu'aux genoux, crises jacksoniennes des deux jambes, hyperreflectivité tendineuse, présence, à la radiographie, d'une plaque de décalcification à cheval sur le sinus longitudinal. La ventriculographie directe montre des sinus normaux et symétriques.

L'auteur attire l'attention sur l'intérêt du cas au point de vue du diagnostic, sur le fait que la ventriculographie directe, qui a été faite la veille, n'entraîne guère d'inconvénients immédiats.

**Syndrome cérébelleux progressif avec nystagmus du voile du palais  
et du larynx, par M. L. VAN BOGAERT.**

Présentation d'un homme de 56 ans, qui, il y a un an 1/2, a commencé à se plaindre de fourmillements du côté droit du corps avec bouffées de

chaleur. Une maladresse des mouvements du même côté apparut ensuite, puis le malade se plaignit de douleurs dans les 4 membres, surtout à gauche, en même temps qu'apparaissaient des troubles bizarres de la démarche avec pulsions vers la droite, parfois vers la gauche, des troubles dystoniques accentués par l'occlusion des yeux.

La tête est tournée vers la gauche par une sorte de torticolis spasmodique. Il existe, en outre, des myoclonies du voile et des contractions rythmiques concentriques des piliers du pharynx et des cordes vocales.

Tardivement, sont apparus des troubles de la localisation de la sensibilité douloureuse. L'auteur discute la localisation de la lésion très probablement vasculaire, responsable de cette symptomatologie.

### **Surdité bilatérale au cours d'une tumeur frontale droite,** par MM. L. VAN BOGAERT et P. MARTIN.

Présentation d'un malade dont l'affection débuta en 1933 par une diminution bilatérale de l'audition avec vertiges et nausées, sans tendance à la chute. Un an après, apparurent des céphalées, et l'examen révéla une inégalité des réflexes tendineux qui étaient plus vifs à droite, des signes pyramidaux légers, une adiadococinésie du membre supérieur gauche avec diminution du tonus et une parésie faciale gauche, une surdité bilatérale d'apparence centrale avec hypoesthésie vestibulaire à prédominance gauche, et enfin, une papille de stase. La ventriculographie directe montra un déplacement en masse des deux ventricules vers la gauche.

L'intervention permit d'extirper une tumeur de la région préfrontale droite, grosse comme un poing. Il s'agissait d'un oligodendrogliome.

L'audition n'a pas reparu, mais il semble cependant que le malade entende certains sons. Les auteurs discutent la cause de cette surdité.

### **Un nouveau cas d'anosmie et d'agueusie d'origine traumatique,** par MM. R. NYSSEN, J. HELSMOORTEL et R. THIENFON.

Poursuivant leurs études sur l'anosmie et l'agueusie dans les traumatismes crâniens, les auteurs rapportent le cas d'un homme de 54 ans qui, à la suite d'une fracture de l'os temporal droit, présenta pendant un an une disparition complète des sens de l'odorat et du goût. On observa d'abord une récupération progressive de l'odorat, tandis que l'agueusie restait complète. Il existait une glycoagueusie subjective : le malade trouvait un goût sucré à tous les objets.

La récupération du goût se fit progressivement, dans l'ordre suivant : acide, doux, salé, amer, et d'abord du côté gauche.

La cause de l'agueusie dans ces cas est encore inconnue ; elle paraît être secondaire à l'anosmie. Les auteurs insistent sur la disparition parallèle des deux troubles et sur l'intérêt de ces observations au point de vue des accidents du travail.

### **Oxycéphalie avec exophtalmie à prédominance unilatérale,** par M. J. DE BUSSCHER.

Présentation d'un homme de 30 ans, atteint depuis l'enfance d'exophtalmie du côté droit. A 21 ans, apparurent des douleurs périorbitaires à droite avec une forte diminution de la vision de ce côté.

Actuellement, les céphalées périorbitaires ont augmenté et atteignent également le côté gauche.

Le fond de l'œil est normal à gauche ; il existe de l'atrophie optique à droite.

Le crâne présente une conformation « en tour » et la radiographie montre un aspect moutonné de la région frontale. Le psychisme est normal ; les analyses du sang et du liquide céphalo-rachidien n'ont rien révélé de pathologique.

Le malade est atteint d'anosmie sans agueusie.

L'auteur discute le diagnostic et pose la question d'une intervention chirurgicale pour remédier à la compression des nerfs optiques dans les canaux osseux.

#### **Signe d'Argyll-Robertson et zona ophtalmique, par M. J. FRANÇOIS.**

Il n'existe, dans la littérature, que cinq observations signalant l'apparition du signe d'Argyll-Robertson au cours du zona ophtalmique. Il est toujours unilatéral et apparaît du même côté que le zona.

L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas chez un homme de 23 ans, qui fit plusieurs complications oculaires au cours de son zona : iridocyclite, hypotension, kératite parenchymateuse. Après leur guérison, on constata d'abord une paralysie du sphincter de l'iris sans paralysie de l'accommodation, puis on observa, du côté malade, un signe d'Argyll-Robertson qui, sept mois plus tard, persistait toujours. Les troubles trophiques de l'iris (visibles au biomicroscope) et secondaires à une lésion du ganglion ciliaire expliqueraient le phénomène.

J. LEY.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES, BROCHURES

---

### PSYCHIATRIE

**Homo-sexualité et psychopathies.** Etude clinique, par le Dr Pierre HUMBERT, interne des asiles de la Seine. 140 p., G. Doin, éd. *Thèse Paris*, 1935.

Cette thèse, inspirée par M. G. Petit, étudie les manifestations sexuelles au cours des psychopathies. Dans la plupart des observations produites, les tendances homosexuelles sont acquises et leur apparition paraît conditionnée par les mêmes facteurs que ceux qui déterminèrent les psychopathies.

Théoriquement, l'inversion sexuelle résulterait d'une régression vers une phase de l'évolution phylogénique des organes sexuels, primitivement bisexués et secondairement différenciés et unisexués.

Expérimentalement, les castrations et les greffes sexuelles démontrent la possibilité d'acquérir des caractères sexuels secondaires et d'avoir un comportement sexuel inversé. Histologiquement, enfin, l'on a décrit un véritable hermaphrodisme glandulaire qui expliquerait parfaitement l'homosexualité. Cependant, il faut tenir le plus grand compte, dans toutes ces questions complexes des perversions sexuelles, de l'interendocrinologie d'une part, c'est-à-dire de l'influence des glandes endocrines les unes sur les autres, notamment de la thyroïde et de la surrénale sur les glandes sexuelles, et d'autre part du rôle de l'hypophyse antérieure dans les fonctions sexuelles et, par suite, de l'importance des lésions de la région infundibulo-hypophysaire et de l'hypothalamus.

Or, chez les maniaques, l'on constate fréquemment tout un ensemble de troubles endocriniens traduisant une hyperactivité hormonale : surrénalisme, thyroïdisme avec basedowisme plus ou moins fruste, hyperorchidie ou ovarie..., d'où certaines observations d'hermaphrodisme, de virilisme, d'homosexualité maniaques. Doit-on cependant, du fait qu'il existe un stade d'indifférenciation sexuelle dans l'enfance, considérer l'homosexualité comme une fixation ou un retour à ce stade et parler de « régression pédoïde » dans la manie avec manifestations d'homosexualité ?

Les observations de l'auteur concernent des épileptiques, des paralytiques généraux, des déments séniles, des maniaques, des traumatisés du crâne,

des post-encéphalitiques, leurs tendances homosexuelles pouvant se manifester de façon toute transitoire. Dans un autre groupe figureront les déliants, leurs idées d'homosexualité constituant un conflit entre leur personnalité antérieure, hétérosexuelle, et leur nouvelle, morbide, homosexuelle. Ces délires appartiennent soit à des syndromes interprétatifs, soit à des états hétérophréniques, paranoïdes ou hallucinatoires chroniques, et comportent souvent un élément anxieux très important.

Des réactions médico-légales peuvent, naturellement, être la conséquence de ces impulsions homosexuelles d'ordre psychopathique.

R. DUPOUY.

**Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques. — Psychose hallucinatoire chronique et syphilis, par Pierre ROYER. Thèse, 156 pages, A. Tolard, Editeur, Nancy, 1935.**

Démontrer que l'infection syphilitique est un facteur étiologique très important parmi ceux qui sont à la base des psychoses hallucinatoires chroniques de Gilbert Ballet, voilà le but que l'auteur s'est proposé.

Après l'étude documentaire des psychoses syphilitiques, il aborde rapidement la description des psychoses hallucinatoires spécifiques, sérologiquement confirmées (Hamel et Lopez Albo).

Par de multiples intermédiaires, Royer relie la psychose hallucinatoire chronique syphilitique et la paralysie générale paranoïde, en assistant à des modifications de plus en plus prononcées de la formule biologique, parallèlement à une complexité croissante du syndrome neurologique. Les degrés sont :

1° Syphilopsychoses hallucinatoires : a) sans signes ; b) avec signes transitoires ; c) avec signes permanents d'atteinte cérébro-méningée.

2° Etats hallucinatoires des syphilis nerveuses : a) formes hallucinatoires de la syphilis cérébrale localisée ; b) psychoses tabétiques ; c) formes paranoïdes de la paralysie générale.

Ce travail, suivi d'une importante bibliographie, est documenté de nombreuses observations, la plupart personnelles, dont la critique amène les conclusions suivantes :

En dehors de l'élément constitutionnel, la psychose hallucinatoire chronique reconnaît dans certains cas une origine organique.

Le syndrome d'automatisme mental paraît être la manifestation psychique essentielle d'une altération cérébrale. Cette altération, manifeste dans les cas d'atteinte syphilitique du névraxe, est une preuve de l'organicité du syndrome d'automatisme.

Enfin, la psychose hallucinatoire chronique est parfois d'origine syphilitique, ce qui confirme l'opinion générale au sujet de la forme hallucinatoire que revêtent souvent les psychoses syphilitiques.

Un chapitre particulièrement intéressant traite des réactions humorales atypiques. Ces particularités ne doivent pas empêcher chez tous les malades atteints de psychose hallucinatoire chronique la recherche de la syphilis pour permettre d'apprécier le rôle des causes organiques dans l'éclosion de la psychose. C'est l'avis, qu'après M. Guiraud, M. P. Royer donne aux cliniciens.

M. CHAVAROT.

**Contribution à l'étude de la croyance en la réalité du délire. Les variations de son intensité**, par le docteur Maurice BEAUJARD (*Thèse Lyon 1934*, 71 pages, Bosc et Riou éditeurs).

Selon l'auteur, la croyance en la réalité du délire se présente en clinique avec une intensité variable, et dans son travail il étudie successivement :

— Les croyances à type de certitude, états dans lesquels aucun élément ne permet de conclure que la certitude affirmée par l'individu est un état différent de la certitude normale.

— Les croyances faibles, atténuées ou de type intermittent (délire de jeu, délire de rêverie, délire de supposition).

— Les croyances discutables dans lesquelles le sujet affirme son délire comme une certitude, mais dont l'affirmation ne peut être comprise parce qu'il existe un doute sur la sincérité des malades, ou un élément irrationnel dans les termes de la croyance.

Dans ce travail l'auteur s'est référé à deux sortes de sources : d'une part, aux descriptions que l'on a fait des différents délires, d'autre part à des travaux plus généraux sur la psychologie du délirant, notamment à ceux de Janet et de Blondel.

E. LARRIVÉ.

**Shakespeare et la pathologie mentale**, par le Dr André ADNÈS, interne des Asiles de la Seiuë. *Thèse Paris 1935*, 246 pages, Maloine éd.

Shakespeare paraît s'être complu, comme le fait remarquer Régis, dans la peinture de la folie et doit être considéré comme « le plus grand des Maîtres en psychiatrie dramatique qui fut jamais ». Dans sa très intéressante thèse, Adnès se sépare de ses devanciers en adoptant un plan tout différent du leur ; se référant à la nosologie régnant au temps de Shakespeare, il expose les troubles psychiques de ses personnages en les situant dans les cadres de la psychiatrie d'alors au lieu de les décrire avec notre terminologie actuelle. Par ce travail nous sommes ainsi renseignés minutieusement sur la conception des maladies mentales au début du XVII<sup>e</sup> siècle.

Cette conception dérive en grande partie de celles d'Hippocrate, de Celse et de Galien et s'inspire des idées alors courantes sur l'influence du démon, des anges et des astres, sur la superstition, la sorcellerie et la magie.

Nous retrouvons ainsi dans l'œuvre de Shakespeare les affections décrites à cette époque, l'apoplexie, l'épilepsie, l'hystérie, la frénésie (rappelant l'agitation violente de la phrénitis mais s'en distinguant par l'absence de fièvre), le délire fébrile (l'onirisme des pyrexies), la mélancolie (Antonio, Hamlet, Constance, Périclès), la passion, amour-folie, jalousie-folie (Othello, Léonte), le somnambulisme hystérique (Macbeth), l'agitation maniaque ou pseudo-maniaque (symptomatique de démence précoce chez Ophélia et de démence sénile chez le roi Lear), l'ivresse et l'alcoolisme (Cassio, Falstaff, sir Toby), la folie criminelle (Beaufort, Macbeth, Richard-III, Brutus). N'oublions pas enfin la simulation de la folie (Hamlet, Gloster).

R. DUPOUX.



## PSYCHOLOGIE

**Les propriétés caractérielles** (Die Charaktereigenschaften), par Franziska BAUMGARTEN. 1 vol., 81 p., A. Francke Edit., Berne 1933.

Ce petit volume est le premier de la collection que dirige l'auteur, et qui est consacrée à l'étude du caractère et de la personnalité. C'est une tentative heureuse et sobre pour étudier, non pas les « éléments » du caractère qui paraissent à l'auteur impossibles à déterminer autrement que par abstraction, mais les propriétés concrètes qui constituent des foyers d'orientation à l'activité personnelle. Les propriétés caractérielles sont définies comme des puissances de direction (« Richtkräfte » que l'on serait tenté, non pas de traduire, mais d'exprimer par « trajectoires ») psychiques et constantes qui déterminent le comportement actif et réactionnel de l'homme dans son milieu. Ces propriétés caractérielles font partie, au même titre que les sentiments, les tendances, l'intelligence, le tempérament et les dons, de l'ensemble qui constitue la personnalité. Les relations de la conduite et du caractère ne sont pas les seules qui font dépendre le comportement de la personnalité. A vrai dire, si la psychologie naïve (« Naïvepsychologie ») a identifié les modes de comportement avec les propriétés caractérielles qui les déclenchent, en fait il y a une indépendance profonde des deux séries psychiques. C'est ainsi que l'auteur étudie le caractère du comportement général, qui peut être adéquat ou inadéquat aux propriétés caractérielles. C'est dire, que le système caractérologique ainsi présenté va se heurter à la difficulté de l'interprétation des comportement simulés, du mensonge au point où précisément la caractérologie rejoint les « portraits » des moralistes. Des distinctions opportunes que fait l'auteur lui permettent d'échapper à ces difficultés. Avant de classer les propriétés caractérielles, l'auteur expose la classification de Paulhan, de Klages, qu'elle compare entre elles, et d'où paraît découler la nécessité de distinguer formellement les propriétés caractérielles totales et structurales et les propriétés caractérielles partielles. C'est ainsi que la qualité d'être bon ou mauvais n'est qu'un aspect partiel et isolé d'une structure plus globale ; l'ensemble des propriétés caractérielles est ensuite classé du point de vue de leurs contenus concrets selon qu'elles visent le moi, l'ambiance. C'est l'occasion de passer en revue les réactions multiples de l'individu à l'égard des diverses situations vitales. Ce petit livre se termine par une table des adjectifs et des substantifs allemands constituant l'ensemble des propriétés caractérielles (il y a près de 2.000 termes). Les dernières pages sont consacrées à illustrer ce qui fait le fond de la thèse, l'écart qui mesure la complexité et la diversité des facteurs, entre les propriétés caractérielles et les modes de comportement.

Henri Ey.

## NEUROLOGIE

**Nævus de la face et tumeur cérébrale**, par le Docteur Anselme LAFON (Thèse Lyon 1934, 122 pages, Bosc et Riou éditeurs).

Dans ce travail l'auteur étudie les rapports qui peuvent exister entre la coexistence de nævi de la face et de lésions cérébro-méningées sous-jacen-

tes souvent d'ordre tumoral. Selon lui, il ne s'agit pas de coïncidence, mais le processus morbide déclenche les mêmes troubles de développement pigmentaire ou vasculaire dans les deux segments ectodermiques (cutanés) ou neuro-ectodermiques (cérébro-méningés) d'un métamère ou dans le système d'enveloppe des formations nerveuses périphériques (nerfs cutanés) ou centrales (méningés). Quant aux lésions cérébro-méningées coexistant avec les nævi de la face, ce sont soit des angiomes des méninges, soit des méningiomes, ce sont parfois de simples altérations corticales sans évolution tumorale.

Les syndromes neurologiques symptomatiques de cette association sont variables : tantôt c'est le tableau d'une épilepsie de l'enfance avec hémiplégie et troubles du développement intellectuel (angiomatose encéphalo-trigémée), tantôt c'est le tableau clinique de tumeur cérébrale.

De ces notions découle la nécessité devant un syndrome neurologique chez un enfant porteur d'un nævus de la face, de pratiquer des examens radiographiques de façon à faire un diagnostic précis et à poser des indications thérapeutiques.

E. LARRIVÉ.

**Les craniopharyngiomes** (Tumeurs de la Poche de Rathke), par le Docteur André BOUSQUET (*Thèse Lyon 1934*, 133 pages, Bosc et Biou éditeurs).

Dans ce travail l'auteur s'est efforcé de résumer les importants travaux qui ont été consacrés à cette variété particulière de tumeurs hypophysaires que sont les craniopharyngiomes ou tumeurs de la poche de Rathke, et il en rapporte cinq observations dans lesquelles ce diagnostic fut porté et vérifié par l'intervention.

Ce sont des tumeurs épithéliales, le plus souvent kystiques, qui se développent aux dépens des restes embryonnaires du tractus pharyngo-hypophysaire ; elles évoluent lentement dans la région sellaire au voisinage du III<sup>e</sup> ventricule et se traduisent au point de vue clinique par l'association plus ou moins complète de perturbations des fonctions hypothalamiques, de troubles des fonctions hypophysaires, d'un syndrome de compression directe du chiasma, d'un syndrome d'hypertension intracrânienne et de signes radiologiques où dominent les modifications de la selle turcique et les calcifications de la région sellaire.

Si l'évolution de telles tumeurs se chiffre par de nombreuses années, ce n'est point là un argument qui doit conduire à une abstention thérapeutique. La radiothérapie se montre inefficace et il semble que ces tumeurs soient avant tout chirurgicales ; c'est à l'exérèse que doit tendre le chirurgien, mais celle-ci n'est possible que lorsque le diagnostic a été fait de bonne heure et lorsque la tumeur est de petite dimension.

E. LARRIVÉ.

## BIOLOGIE

**Etude sur le mécanisme physico-chimique de la réaction du benjoin colloïdal**, par le Dr Curt BRUCH (*Thèse Nancy 1934-35*, 115 pages, Georges Thomas édit.)

Le mécanisme physico-chimique de la réaction du benjoin colloïdal n'avait fait, jusqu'ici, l'objet d'aucun travail d'ensemble, et les études

fragmentaires déjà réalisées n'avaient pas réussi à donner une explication satisfaisante de la floculation du benjoin.

On trouvera dans la première partie de cet ouvrage une théorie physico-chimique complète de la réaction. Après avoir précisé au moyen de mesures électrométriques l'échelle de pH constituée par les tubes de la réaction, l'auteur démontre qu'à l'intérieur de cette zone de pH les protéines du liquide céphalo-rachidien précipitent le benjoin par trois mécanismes essentiellement distincts. Ces hypothèses lui permettent d'expliquer ensuite les modalités particulières de la floculation du benjoin (zones de précipitation, floculations discontinues, etc.) et d'apporter des conceptions nouvelles sur le rôle de certains facteurs (rapport <sup>globuline</sup>/<sub>albumine</sub> notamment).

La deuxième partie constitue l'application pratique des notions précédentes. En se basant sur le pH et les protéines présentes dans le liquide céphalo-rachidien, l'auteur arrive à expliquer la formation des diverses courbes de floculation du benjoin, tant par le liquide céphalo-rachidien normal que par les liquides céphalo-rachidiens pathologiques. On remarquera surtout l'interprétation qui est donnée de certaines formes atypiques de la réaction ; cette explication est basée sur des déplacements de pH qui furent vérifiés sur un grand nombre de réactions atypiques.

La troisième partie contient une étude sur la spécificité de la réaction, sur la manière dont il faudra interpréter la floculation du benjoin d'après les notions précédentes. C'est dire qu'elle intéressera surtout le praticien.

La bibliographie renferme nombre d'indications peu connues, en particulier d'origine étrangère. Ce travail, dans lequel sont mis en lumière de nombreux faits susceptibles d'intéresser les neurologistes et les psychiatres, se prête d'ailleurs mal à une brève analyse. M. CHAVAROT.

**La réaction de Kottmann**, par J.-R. HELLUY. *Thèse Nancy 1935*, 112 pages, Georges Thomas éd.

Comme la plupart des réactions biologiques intéressant la chimie colloïdale, la réaction de Kottmann, présentée par son auteur comme un test du fonctionnement thyroïdien, a connu les faveurs de bien des laboratoires et aussi vite d'amères critiques : cela tient à la différence de technique des divers exécutants et au manque de minutie de beaucoup.

Sans en expliquer encore le mécanisme physico-chimique, le docteur Helluy discute les diverses interprétations du processus de la réaction.

S'attachant à une technique en usage à Nancy, il en critique expérimentalement tous les temps et conclut sur tous les points à la rigueur et à la précision que MM. Hamel et Chavarot ont signalées relativement au matériel, au sérum, aux réactifs, à l'éclaircissement.

Un millier d'opérations ont servi à cette analyse et à l'étude des modifications de la réaction de Kottmann en fonction des qualités du sérum dans divers états physiologiques et pathologiques : disthyroïdies, grossesse, maladies mentales, syphilis, influence des médicaments.

Traitant enfin de la valeur et de l'utilité de la réaction, l'auteur en rappelle les différentes appréciations et, sous garantie d'une technique rigoureuse, conclut à l'intérêt que présente ce test dans l'étude du fonctionnement thyroïdien et dans les maladies mentales.

Ainsi réhabilitée, la réaction de Kottmann intéressera les psychiatres

qui la rechercheront comme le faisaient déjà systématiquement Hamel et ses élèves. Le travail de Helluy leur assurera une technique précise et un procédé de notation jusqu'alors laissés à l'arbitraire. M. CHAVAROT.

**Contribution à l'étude de l'allergie syphilitique chez le paralytique général avant et après malariathérapie (Etude clinique et biologique),** par le D<sup>r</sup> Jean MIGNARDOT (*Thèse Nancy 1935, 118 pages, Tollard édit.*).

L'auteur fait l'histoire de la notion d'allergie aux différentes étapes de la syphilis et rapporte les tests cutanés qui ont été utilisés. Il donne la classification de Dujardin-Decamps et rappelle la technique de l'intra-dermo-réaction à l'Hémostyl.

Les différents arguments qui ont été rapportés ou les indications qui doivent être interprétées comme confirmant les idées de Dujardin sur la genèse de la paralysie générale et la transformation du terrain à la suite d'une malarisation heureuse sont particulièrement étudiés. Un fait clinique est remarquable : c'est l'apparition de syphilomes tertiaires à la suite de l'impaludation. Il est symptomatique de la transformation du processus paralytique anallergique en syphilis cérébrale allergique.

Dans une seconde partie, l'auteur présente une observation de syphilides tertiaires de l'amygdale apparues à la suite d'une malarisation. Il compare deux observations anciennes relatives à l'apparition de gommes dans des cas de paralysie générale en rémission spontanée.

Exposant les résultats des tests intradermiques de vérification, et les discutant objectivement, le D<sup>r</sup> Mignardot conclut au parallélisme presque constant entre les réponses d'allergie et l'amélioration clinique. D'où l'importance de ces tests comme contribution au pronostic au cours du traitement malariathérapique.

M. CHAVAROT.

## ENDOCRINOLOGIE

**Les caractères ambosexuels et l'ambosexualité des hormones sexuels,** par Jean TUSQUES (*Thèse Paris 1935, 76 pages, Vigot frères édit.*).

C'est à l'étude de la conception de son Maître Champy sur l'ambosexualité que l'auteur consacre sa très intéressante thèse de doctorat.

Tout caractère conditionné par l'existence d'une glande génitale est un caractère sexuel. Comme tel, il n'existe pas chez l'individu qui n'a jamais eu (aplasie) ou qui n'a plus (castration) cette glande. Mais parmi les caractères conditionnés par l'existence de la glande génitale, il en est qui sont identiques, que la glande soit mâle ou femelle. Ce sont donc des caractères ambosexuels. On les rencontre dans l'échelle zoologique avec plus de fréquence qu'on n'y voit avec évidence la dualité des sexes. Ce sont les caractères ambosexuels qui font les ressemblances du coq et de la poule, ainsi que leur dissemblance avec le chapon.

Ces caractères sont liés à la maturité génitale. Leur développement est de déterminisme hormonique. Les hormones du mâle et de la femelle ne s'opposent pas par des propriétés différentes, ce qui infirme la notion de la spécificité des hormones. Mais dans certaines espèces animales, c'est tel tissu qui réagit à l'action de telle hormone en vertu de la « sensible locale » de ce tissu.

L'auteur explique par cette doctrine maints faits de morphologie, d'éthologie et de psychologie sexuelles qui échappent à la doctrine jusque là classique de la bisexualité, notamment la précession ontogénétique de l'autoérotisme par rapport à l'hétéro-érotisme. Et il annonce des applications de cette doctrine à la psychiatrie.

Paul COURBON.

## THÉRAPEUTIQUE

**Thérapeutique de la paralysie générale** (Terapia della paralisi progressiva), par le Dr ROSARIO AMABILINO. 1 vol., 201 p., Edit. de l'Hôpital Psychiatrique de Palerme 1934.

Voici un nouveau livre largement documenté sur la thérapeutique de la paralysie générale. C'est une mise au point des traitements modernes, d'intérêt surtout pratique. L'intérêt de ce volume réside principalement dans les détails de technique et les études cliniques de la malariathérapie. Certains chapitres seront d'un grand secours pour le psychiatre malariathérapeute ; notons tout spécialement : les indications et contre-indications de la malariathérapie — l'immunité à l'égard de la malaria — la courbe d'évolution thermique des accès. Ce sont là de petits points qui méritaient d'être spécialement élucidés. Mais ce livre a un autre intérêt : c'est d'exposer sous une forme simple l'ensemble de l'arsenal antipérogétique dont nous disposons actuellement. Les thérapeutiques les plus diverses, les plus modernes, les plus curieuses aussi y sont exposées sommairement, sans que l'auteur d'ailleurs puisse en épuiser la liste. Enfin, le livre se termine par une statistique d'ensemble où Amabilino a rassemblé près de 10.000 cas traités par la malariathérapie, publiés par un très grand nombre d'auteurs (y compris la statistique de Jossmann de 2.250 cas). Malheureusement, faute de la part des divers staticiens — et ils sont nombreux — de répartir les résultats selon le schème de Weygandt (très bonnes rémissions, bonnes rémissions, améliorations légères, résultats nuls et décès), les chiffres ne sont pas superposables. L'auteur n'a pas cru possible d'essayer d'en tirer des chiffres globaux en raison des réserves que chaque statistique impose (longueur de temps d'observation, précocité du traitement, causes du décès, etc.). En serrant les chiffres de près, il nous a semblé que de ce tableau général on pouvait fixer (pour une durée d'observation moyenne de 5 ans), à 20 % les très bonnes rémissions, 20 % les bonnes rémissions, 25 % les faibles améliorations, 35 % les résultats nuls ou les décès. Telle est l'impression qui se dégage de l'examen des chiffres patiemment accumulés par l'auteur de cet intéressant ouvrage. Bibliographie.

Henri EY.

## MÉDECINE LÉGALE

**Contribution à l'étude de la paralysie générale post-traumatique. Etude clinique et médico-légale**, par le docteur MOHAMED-BAGHAÏ (*Thèse Lyon 1934*, 56 pages, Bosc et Riou éditeurs).

L'auteur a voulu dans cette étude apporter avant tout des faits et présenter dans un esprit critique la genèse discutée de la paralysie générale

traumatique. Selon lui, il est des cas où le traumatisme peut à lui seul déclencher une paralysie générale véritable, surtout chez les individus dont le cerveau a été silencieusement ou manifestement altéré du fait de l'hérédité nerveuse ou alcoolique ou par le passé pathologique acquis du sujet.

Envisageant le côté médico-légal du problème, il rappelle que sur le terrain de la loi de 1898 concernant les accidents du travail, le rôle aggravateur joué par l'état antérieur n'est pas retenu par la jurisprudence.

En matière de droit commun, l'expert doit fournir au magistrat tous les éléments d'appréciation en précisant dans toute la mesure du possible le rôle respectif de l'infection antérieure et du traumatisme.

E. LARRIVÉ.

**L'Instabilité du mineur délinquant.** Essai Pathogénique et Médico-Légal, par le Docteur Paul DESORTES (*Thèse Lyon 1394*, 132 pages, Berthod éditeur).

Dans ce travail l'auteur, après avoir donné une définition simple et objective de l'instabilité, a abordé la valeur des différents facteurs (sociaux-psychiatriques) qui la conditionnent. Selon lui, l'instabilité, trouble du comportement, est caractérisée, non par la tendance aux variations, aux changements, mais par les variations et les changements eux-mêmes.

La mauvaise éducation, l'incompréhension et la carence familiales, l'abandon matériel et moral dans lesquels vit l'enfant, le défaut d'orientation professionnelle, l'apprentissage inexistant ou mal fait, l'incapacité professionnelle, sont autant de facteurs qui sont à la base de « l'inadaptation sociale » qui entraîne à son tour une forme fréquente d'instabilité : « l'instabilité par inadaptation ou de type social ».

À côté d'elle se trouve l'instabilité « de type pathologique » que l'on rencontre chez les débiles, les pervers, les émotifs, les schizoïdes, et dans les psychoses infantiles et juvéniles.

Quelles que soient la forme ou l'origine de son instabilité, l'instable peut commettre des délits divers au cours de son existence mouvementée et capricieuse ; le plus souvent cependant, il sera conduit à la délinquance par l'intermédiaire du vagabondage qui s'accompagne ordinairement de vol, de mendicité ou de prostitution.

Dans le dernier chapitre, l'auteur, envisageant « les remèdes », fait remarquer très justement que la lutte de prophylaxie mentale et criminelle demande :

1° L'institution de consultations neuro-psychiatriques et pédagogiques destinées à effectuer, à l'âge scolaire, le dépistage de tous les enfants anormaux.

2° La création de centres spéciaux où les enfants recevront les soins médicaux et psychologiques indispensables à leur état.

3° La création d'offices d'orientation professionnelle complétés par un service de tutelle sociale s'occupant de l'instruction professionnelle, de l'apprentissage et du placement.

Enfin ces mesures devraient être complétées par la création d'établissements d'Etat qui seraient de deux types : les premiers pour l'observation et le traitement de tous les enfants anormaux ou difficiles, les seconds pour le traitement et la rééducation de tous les enfants ayant comparu en Justice.

E. LARRIVÉ.

**Les facteurs qui compliquent l'orientation professionnelle des mineurs délinquants**, par le docteur Henri ROBBE (*Thèse Lyon 1934*, 103 pages, Imprimerie Berthod, éditeur).

Parmi les moyens dont nous disposons pour le redressement des mineurs délinquants, l'orientation professionnelle constitue le meilleur, mais elle présente de nombreuses difficultés (état biologique du mineur délinquant, état social, conditions économiques, organisation judiciaire et pénitentiaire défectueuse).

L'orientation professionnelle de ces sujets réclame leur examen médical systématique, elle nécessite en outre une enquête sociale minutieuse et ne doit pas enfin ignorer la psychotechnique dont certains de ses procédés peuvent servir à déceler la valeur de la sensibilité et des réflexes.

Les établissements pénitentiaires doivent être en mesure d'assurer la formation professionnelle des mineurs délinquants ; l'isolement des anormaux dans des établissements spécialisés s'impose pour leur rééducation médico-pédagogique et professionnelle. Quant aux pervers instinctifs, qui constituent le groupe des récidivistes, ils représentent les éléments les plus difficilement rééducables.

Il est nécessaire pendant l'apprentissage de remplacer la tutelle défaillante de la famille par une tutelle avisée qui cultivera avec soin les germes de sensibilité morale qui peuvent subsister en eux. Il serait nécessaire de créer en plus une œuvre officielle de patronage qui assurerait le placement et la surveillance de ces mineurs ainsi rééduqués.

En France, notre organisation est insuffisante, notre législation est incomplète et il est nécessaire de modifier la loi du 15 avril 1909 et celle du 22 juillet 1912.

E. LARRIVÉ.

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### PSYCHIATRIE

**La paralysie générale malarisée**, par M.-Z. KAPLINSKY et P.-E. LUSTERNIK (Communication faite à la réunion de la Société des Psychiatres et neurologistes de Moscou et dédiée à la mémoire du Professeur L. Rosenstein).

L'introduction de la malariathérapie a modifié profondément l'aspect, l'évolution et les modalités de la paralysie générale. Dans leur longue étude, basée sur une expérience de 500 cas de paralytiques généraux malarisés, les auteurs étudient les états terminaux de la paralysie générale et se proposent la tâche d'établir un classement. Ils distinguent trois groupes d'états terminaux.

Dans le premier groupe, ils réunissent tous les cas de paralysie génée-

rale malarisée où le processus pathologique a subi un arrêt évolutif avec stabilisation à un niveau déficitaire d'un degré plus ou moins élevé. Les auteurs distinguent plusieurs sous-groupes suivant la profondeur du déficit mental. Dans l'ensemble, ils placent tout le groupe sous le signe conventionnel de « moins symptôme », terme adopté par Grulle dans la schizophrénie. La personnalité du malade se stabilise d'une façon harmonieuse et entière et les facultés psychiques subissent des changements en s'aplanissant et se simplifiant dans le sens d'une atténuation générale de la personnalité.

Dans le second groupe les changements de la personnalité psychique indiquent également l'arrêt de l'évolution du processus paralytique à un niveau plus ou moins élevé. Mais le trait essentiel de ces états terminaux est marqué par un tableau plus compliqué et plus polymorphe en raison de l'apparition à côté du « moins-symptôme » de certaines propriétés psychopathiques créées par le terrain déficitaire ou mises en relief par le déficit intellectuel. Telles sont les formes de personnalités psychiques à type dépressif hypocondriaque, d'hypocondrie à genèse psychogène, les types quérulent, expansif, suggestible, mytomaniaque, mégalomane et débile érotique. Toutes ces nouvelles personnalités psychiques résultent de l'exagération des prédispositions et des syndromes endogènes.

Le troisième groupe réunit tous les cas de complications cliniques qui dérivent du processus paralytique et des processus endogènes antérieurs évoluant selon leur propre physionomie. Dans ce groupe, la paralysie générale peut exister en parasite sur le fond d'un processus psychogène quelconque, elle peut aussi réveiller n'importe quel processus morbide ou une prédisposition endogène, telles les formes : paranoïde hallucinatoire, schizophrénique, épileptique. Il existe enfin des cas où, sur un fond de paralysie générale stabilisée, se forme un système délirant qui revêt la forme d'un délire systématisé devant son origine à la paralysie générale même. Enfin, les états terminaux post-malariques coïncidant avec le parkinsonisme doivent être également inclus dans ce groupe.

FRIBOURG-BLANC.

**Les délires secondaires chez les paralytiques généraux malarisés, par A. FASCIOLI et R. AGORIO** (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, 21<sup>e</sup> année, n° 125, Octobre 1934).

Il n'est pas démontré que la malaria, en tant que processus infectieux, ait la moindre influence sur l'apparition ultérieure de délires secondaires. La crainte de cette complication ne doit en aucune manière être une contre-indication à l'emploi de la malaria comme méthode thérapeutique de la paralysie générale, si l'on tient compte qu'elle est le moyen le plus efficace connu à cette heure pour lutter contre la maladie de Bayle et que le pourcentage des troubles psychiques chez les impaludés est relativement faible. Bien que la transformation biologique de la paralysie générale, facteur de délires secondaires, soit l'hypothèse la plus séduisante, nous ne devons pas l'accepter sans réserve, jusqu'à ce qu'une meilleure documentation anatomo-pathologique nous permette de résoudre définitivement un si intéressant problème.

LAUZIER.



**Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques à propos des « délires secondaires »,** par Pierre MASQUIN et Jacques BOREL (*Encéphale*, février 1934, pages 73 à 97).

Parmi les modifications qu'entraîne dans l'évolution de la paralysie générale le traitement malarique, une des plus curieuses est l'orientation de la maladie vers des états délirants plus ou moins systématisés, plus ou moins durables, apparaissant au cours du traitement, immédiatement ou même longtemps après. Certains ont pensé qu'il s'agissait de délires secondaires, mais il semble bien que ces délires doivent être envisagés, non point tant en eux-mêmes que « par rapport au fond mental plus ou moins modifié par le traitement, par rapport au degré et à la modalité de la rémission ». Ces délires paraissent étroitement apparentés aux délires paralytiques habituels, mais tandis qu'ils étaient autrefois voués à une rapide disparition du fait de la démence évolutive, ils peuvent maintenant, grâce à l'action de la thérapeutique malarique, se fixer, se systématiser et prendre l'allure de délires chroniques.

Les auteurs, après avoir fait une excellente description des psychoses survenant à l'occasion du traitement malarique, au cours de la période fébrile, psychoses essentiellement oniriques, et de celles, « paraphrénies paralytiques », qui n'apparaissent qu'ultérieurement dans des délais fort variables, quelques jours, quelques semaines, quelques mois, voire quelques années après l'impaludation, arrivent à cette conclusion « qu'on ne saurait détacher des formes délirantes anormales spontanées de la paralysie générale, les délires post-malariques. Rares autrefois, ces formes délirantes deviennent plus fréquentes aujourd'hui du fait que, grâce à la malaria, une stabilisation du fond mental n'est plus une rareté au cours de l'évolution de la paralysie générale. La malaria agit en tant que facteur de rémission, or c'est par rapport à la rémission, à son degré et à sa durée que se situent les paraphrénies paralytiques. Disparaissant dans le cas de rémission totale, ou au contraire de démence évolutive (après ictus généralement), elles se fixent... dans les cas malheureusement nombreux de rémissions incomplètes ».

« On ne doit pas voir dans ces délires une contre-indication à la malaria-thérapie. C'est le même mécanisme qui, dans les cas heureux aboutissant à une rémission complète, favorise dans d'autres l'éclosion d'une psychose chronique. L'évolution fatale de la maladie n'est pas moins en tout cas « jugulée. »

Roger ANGLADE.

**Psychoses post-malariathérapiques,** par Waldemiro PIRES. *La Presse Médicale*, n° 3, pp. 46-48, 10 janvier 1934.

Les psychoses hallucinatoires, paranoïdes, secondaires au traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme indiquent l'évolution du processus morbide de la méningo-encéphalite diffuse vers un type clinique atténué, à prédominances symptomatiques. Certains auteurs ont noté ces localisations dans le lobe temporal, en rapport, semble-t-il, avec les centres auditifs dans les cas d'hallucinations surtout auditives. La cause est pour les uns dans la personnalité pré-morbide, pour les autres dans les désordres de l'infection palustre. M. Pires admet plutôt qu'il s'agit simplement d'une transformation partiellement favorable de la maladie, en

régression au stade de syphilis cérébrale à foyers multiples, comme le prouverait l'apparition de gommès chez certains paralytiques malarisés.

P. GARRETTE.

**Les variations du niveau mental des paralytiques généraux malarisés,** par SOSSET (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1934).

Cette question, étudiée après la communication de Simon à la Société Médico-psychologique (1930), a fait l'objet de recherches de Vermeyleylen et d'une étude critique de Claude et Masquin proposant de nouvelles séries d'épreuves pour apprécier le niveau mental des malades. L'auteur résume les deux communications de Simon et ses conclusions. Ces recherches, basées sur la méthode préconisée avec Binet, tout intéressantes qu'elles soient pour apprécier l'aspect global de l'intelligence, ne permettent pas d'analyser ni de comparer les différentes fonctions mentales et d'autre part de les traduire par une représentation graphique. Vermeyleylen a utilisé la méthode de Rossolimo qui permet de suivre la courbe mentale d'un sujet, dans toutes ses variations, aux différents stades de la maladie. L'auteur reprend la question sur des malades étudiés avant et après la malarisation (30 cas environ). Il étudie très minutieusement les résultats obtenus, comparant à la fois l'amélioration globale, les courbes mentales et l'influence des réactions secondaires. La cure malarique semble être immédiatement efficace dans la plupart des cas de paralysie générale où l'intelligence générale n'accuse pas une déchéance trop prononcée.

SENGÈS.

**Troubles psychiques post-opératoires,** par LÉON ELOY (*Journal Belge de Neurologie et Psychiatrie*, juillet 1934).

Les troubles psychiques post-opératoires sont rares chez l'adulte et encore plus chez l'enfant. Observation d'un enfant de 12 ans qui présentait, à la suite d'une intervention opératoire pour appendicite, des phénomènes confusionnels avec agitation, onirisme hallucinatoire, etc. Ces troubles sont explicables par une atteinte hépatique due au chloroforme et manifestée cliniquement par de l'ictère cutané et urinaire. L'auteur passe en revue, d'après Codet, les diverses causes possibles de troubles psychiques post-opératoires. Dans les cas d'atteinte hépatique sans ictère, l'examen montre une cholémie latente. En somme, l'insuffisance hépatique est au premier plan dans l'étiologie des troubles constatés, dans la plupart des cas.

SENGÈS.

**Délire spirite (Delirio espirita),** par FERNANDO GORRITI. *La Semana Medica*, n° 2095, pp. 743-752, 8 mars 1934.

Le délire spirite est considéré par de nombreux auteurs comme un simple accident évolutif des épisodes psychopathiques survenant chez les sujets débiles ou déséquilibrés, abusant des pratiques spirites. Cependant Régis en faisait une forme des délires systématisés progressifs et M. Gorriti le considère également comme une variété clinique de la paranoïa chronique. Que l'étude des faits de matérialisation et d'évocation des esprits serve de

prétexte à des accès délirants chez des hystériques ou des maniaques, rien de plus vraisemblable. Les thèmes exploités par les malades n'ont qu'une importance secondaire. Ce qui est essentiel, c'est l'association, à des éléments imaginatifs, de troubles sensoriels, c'est l'évolution progressive, la tendance à la chronicité. Les observations cliniques rapportées, justifient d'après l'auteur, sa conception, fondée sur le rôle secondaire des considérations pathogéniques et la nécessité de voir avant tout de tels faits sous l'angle strictement nosologique.

P. CARRETTE.

**Le syndrome paranoïaque symptomatique**, par M. Julien DRETLE (Rocznik *Psychiatryczny*, fasc. XXII, 1934).

Sur un ensemble de 81 cas de psychose symptomatique, l'auteur réunit 13 observations où le syndrome psychique a pris les caractères de psychose paranoïaque. La bouffée psychotique a toujours été de courte durée et a disparu sans laisser de trace. Dans ces formes, le syndrome psychique paraît être lié à la nature de la psychose symptomatique. L'étude du caractère des malades antérieur à la maladie n'indiquait aucune prédisposition spéciale à cette forme de psychose. Les conditions de l'apparition du délire paranoïaque symptomatique sont encore à préciser.

FRIBOURG-BLANC.

**Nécessité de l'analyse structurale des psychoses ; paranoïdisme et hystérisme chez une cyclothymique** (Necessita dell'analisi strutturale delle psicosi ; paranoïdismo ed isterismo in ciclotimica), par le Dr Pietro ARMENISA (Bari). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, septembre-octobre 1934, p. 267 à 281.

L'auteur expose dans le titre et les commentaires le désir louable d'analyser en profondeur, et non pas seulement selon une séméiologie de surface, un cas qui illustre en lui-même de façon saisissante les rapports des névroses (et même de l'hystérie) avec la structure paranoïaque. Pour si intéressante que soit l'observation, il manque précisément à ce travail d'être une analyse structurale.

Henri Ey.

**La mélancolie. Revue historique** (Melancholia : A Historical Review), par AUBREY J. LEWIS. *The Journal of Mental Science*, n° 328, pp. 1-42, janvier 1934.

Le terme de mélancolie est un des plus importants de la psychiatrie. Son histoire commence donc avec celle de la médecine mentale et c'est dans Hippocrate que l'on trouve la première description des états de dépression et d'anxiété. Avec Galien et la pathologie humorale, les études des altérations cérébrales et des délires partiels dues aux médecins du Bas-Empire et aux Arabes, l'auteur nous conduit aux premiers efforts modernes du XVIII<sup>e</sup> siècle. On sait que Pinel s'est attaché à des recherches cliniques sur les types de mélancolie et que son initiative a été heureusement suivie d'Esquirol à Griesinger. Maudsley décrivant les troubles affectifs isole un certain nombre de formes symptomatiques associées à des désordres intellectuels.

Les précisions sur les états complexes ouvrent la période actuelle. La stupeur mélancolique est évoquée à propos de la catatonie de Kahlbaum. La folie circulaire est assez discutée pour préparer les esprits aux idées de Kræpelin. M. Aubrey J. Lewis indique les trois stades récents du problème : les préoccupations sont d'abord surtout nosologiques, puis vient une phase biologique et par contraste la période psychologique et analytique qui la suit. La réalité est sans doute complexe et avec M. Adolf Meyer nous voyons se développer une conception psycho-biologique qui englobe des divers troubles de la personnalité. La réaction thymergastique répond à la forme affective. Cette revue générale, qui tient un compte scrupuleux de l'évolution de la science internationale, est appuyée sur une importante bibliographie.

P. CARRETTE.

**Mélancolie. Aperçu clinique des états dépressifs** (Melancholia : Clinical Survey of Depressive States), par Aubrey J. LEWIS. *The Journal of Mental Science*, n° 329, pp. 277-378, avril 1934.

Cette intéressante étude est essentiellement clinique. D'après l'observation d'un lot de malades, suivis en Grande-Bretagne, diagnostiqués avec certitude, l'auteur décrit la symptomatologie des états dépressifs en dehors de tout souci de doctrine. Un tel travail est cependant la meilleure base de discussion pour un essai nosologique, grâce à son objectivité et sa précision. Les symptômes sont exposés en allant du simple et du banal au complexe et à l'exceptionnel. Ainsi, un long commentaire sur les modalités de la tristesse sert de début à la description. Certaines formes évoluent dans le mutisme, d'autres sont plus expansives, et l'on passe ainsi aux états mixtes. L'inhibition, la stupeur viennent ensuite. Jusqu'ici nous n'avons pas quitté les formes simples. Les idées pessimistes vont nous conduire aux états délirants d'auto-accusation, puis de persécution et d'hypochondrie. Les exemples sont fréquemment accompagnés de judicieux emprunts bibliographiques.

L'auteur signale également les troubles sensoriels, les éléments d'association avec la schizophrénie, les troubles de la personnalité et l'attitude vis-à-vis de l'extérieur. Un bref et suggestif exposé de l'anxiété sert d'entrée en matière à l'étude des désordres neurologiques et somatiques. A ce point de la description, il était impossible d'éviter la question pathogénique. Elle servira de conclusion à M. J. Lewis, qui déclare ne pas vouloir fixer de barrière entre la psychose endogène et l'état réactionnel : leurs limites sont trop imprécises et trop de facteurs étiologiques nous échappent.

P. CARRETTE.

**Des changements de la pigmentation cutanée au cours des psychoses maniaco-dépressives**, par N.-A. SCHEVELEV (*Sovietskaia nevropathologua psichiatria i psichogiguena*, T. III, fasc. 4, 1934).

M. Schevelev réunit cinq observations de malades atteints de psychose maniaco-dépressive chez lesquels il a pu observer des troubles de la pigmentation des téguments cutanés coïncidant avec les périodes où les désordres psychiques atteignaient leur apogée. A propos de ces cas cliniques, l'auteur fait les remarques suivantes : Les troubles de la pigmentation de

la peau au cours des psychoses sont rares. L'intensification de la pigmentation cutanée coïncidant avec l'accentuation des troubles psychiques traduit l'existence de troubles fonctionnels intéressant non seulement les surrénales, mais tout le système endocrinien pris dans son ensemble et lié étroitement au système neuro-végétatif.

L'auteur distingue chez ces malades trois types différents :

- 1° type marqué par l'augmentation du tonus parasympathique ;
- 2° type caractérisé par l'augmentation de l'excitation des deux systèmes neuro-végétatifs ;
- 3° type traduisant l'hypofonctionnement du système neuro-végétatif avec hyperplasie du système lymphatique.

FRIBOURG-BLANG.

**Sur la psychogénèse et la valeur pronostique du syndrome de Cotard** (Sobre la psicogénesis y el valor pronóstico del síndrome de Cotard), par OSVALDO LOUDET et LUIS MARTINEZ DALKE. *La Semana Medica*, n° 2101, pp. 1172-1178, 19 avril 1934.

Le délire de négation est considéré par Cotard, en 1880, comme une forme clinique de structure analogue à celle du délire des persécutions de Lasèque, observée à l'état pur dans la mélancolie et impliquant un pronostic de chronicité. Ces idées sont nuancées, complétées, en 1889, par Séglas ; minimisées et dépouillées de tout intérêt nosologique, par Camuset, trois ans plus tard. Régis, frappé par les idées d'énormité, réalise le complexe mégalomélancolique.

Les auteurs du présent mémoire s'attachent surtout à lier aux concepts délirants les perturbations organiques parallèles. Troubles de la nutrition, cénesthésie pénible et inquiète, inhibition et introspection, sentiment d'infériorité, de culpabilité, autant de manifestations banales chez les mélancoliques hypocondriaques. Le délire de négation débute par des ruminations non dépourvues d'une certaine logique. Son évolution va être la conséquence de la profondeur des désordres neuro-végétatifs et de l'intensité de l'anxiété, parfois, comme c'est le cas des paralytiques généraux, de l'envergure de l'incohérence délirante, tolérée par le fléchissement démentiel. Ces conditions mêmes permettent de pressentir le pronostic. Il serait moins rigoureusement mauvais que les premiers auteurs l'avaient cru après les observations initiales. On voit des délires de négation aigus, frustes, partiels, des cas complètement curables, mais on voit aussi des syndromes de Cotard, — type aujourd'hui classique, — progressifs et chroniques.

P. CARRETTE.

**Un cas de psychopathie sexuelle de nature épileptique** (Un caso di psicopatía sessuale di natura epilettica), par MARIO PIOLTI (Turin). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, septembre-octobre 1934, p. 333 à 351.

Exposé d'une observation soignée et détaillée d'une épileptique à masturbation frénétique chez laquelle on fut même amené à faire une résection des nerfs honteux externes sans résultat. Les relations de l'érotisme et de l'épilepsie sont complexes. L'auteur cite quelques opinions classiques à la fin de son article.

Henri Ey.

**Etude psychologique d'une débile mentale calculatrice du calendrier** (Estudio psicológico de una débil mental calculadora del calendario), par Gonzalo-R. LAFORA. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV, n° 1, pp. 45-70, 1934.

Les imbéciles calculateurs étudiés par M. Lafora à propos d'une observation personnelle, sont doués d'une mémoire mécanique spécialisée très développée. Comme pour le cas de Blin que l'auteur évoque, il n'y a pas chez le sujet de véritable aptitude pour les mathématiques. L'habileté consiste à effectuer une opération extrêmement simple d'addition et de soustraction de 2 chiffres après avoir, par associations successives et très rapides, trouvé le repère du 1<sup>er</sup> jour du mois.

P. CARRETTE.

**Classification de troubles psychiques réactifs et leur rapport avec les névroses**, par le Prof. BOROWIECKI (*Rocznik Psychjacyjny* 1934, Fasc. XXIII).

Bien que d'une façon générale, les troubles psychiques réactifs n'affectent pas les apparences typiques, l'auteur esquisse une classification basée sur leurs caractères structurels. Ainsi, il différencie d'abord deux groupes de troubles psychiques réactifs :

1° troubles dits « actuels », ayant un fond somatique et se subdivisant en trois sous-groupes : a) réactions neurasthéniques ; b) réactions affectives aiguës et c) réactions d'angoisse ;

2° le deuxième groupe de troubles psychiques réactifs « non actuels », c'est-à-dire ayant un fond psychogène portant l'empreinte du milieu et des réactions psychopathiques ayant un fond héréditaire. Ce groupe se subdivise en : I. Réactions psychogéniques et II. Réactions psychopathiques. Le premier sous-groupe comprend : a) les réactions avec des signes somatiques ; b) les crises psychogènes ; c) les troubles psychogènes de la conscience (états crépusculaires, syndrome de Ganser, pseudo-démence) ; d) les réactions psychogènes avec idées délirantes qui dépendent surtout du milieu et de la situation (isolement, prison, surdité). Le deuxième sous-groupe, celui des réactions psychopathiques, comprend les réactions avec : a) les idées délirantes ayant un fond de prédisposition ; b) les phobies ; c) les obsessions.

FRIBOURG-BLANC.

**Le rôle de la constitution dans les troubles psychiques réactifs**, par M. ZIELINSKI (*Rocznik Psychjacyjny* 1934, Fasc. XXIII).

Dans l'évolution des psychoses réactives, soit psychogènes, soit exogènes, l'élément constitutionnel conserve sa valeur. Les émotions qui sont à la base des réactions psychogènes entraînent des perturbations somatiques importantes, tant dans le système cardio-vasculaire et endocrinien que dans le métabolisme.

L'exploration des caractères endogènes hérédito-constitutionnels peut faciliter la solution de cette question. L'auteur souligne le bien-fondé de la conception de Kretschmer, à qui revient le mérite d'avoir isolé le type psycho-physique.

FRIBOURG-BLANC.

**Le mécanisme de l'origine des troubles psychiques réactifs, par M. BORNSZTAJN (*Rocznik Psychiatryczny* 1934, Fasc. XXIII).**

Les réactions psychogéniques se traduisent par des signes organiques et des signes psychiques. Les troubles somatiques trouvent leur expression dans les désordres neuro-végétatifs. Les réactions psychiques dépendent de la constitution biopsychique de l'individu, de l'intensité et de la nature du choc. Dans l'origine des troubles réactionnels, le mécanisme extra-conscient joue le rôle principal. Il porte une teinte utilitaire qui est une sorte de réaction de défense biopsychique. Elle peut être, soit passive, soit active. La réaction passive se manifeste lorsque le choc émotionnel est particulièrement brusque (catastrophes) ou chez certains individus de constitution psychopathique « zweckpsychose » des auteurs allemands. La réaction active se manifeste lorsque les troubles psychiques, liés directement avec le choc émotionnel, donnent aux malades l'illusion des désirs impossibles à réaliser. C'est la fuite dans la psychose propre à certains états crépusculaires hystériques, les troubles psychosiques des détenus et la schizothymie réactive. Dans ces cas, on observe une sorte de dissociation. La dissociation psychique aux caractères hystériques diffère de la dissociation schizoïde par ses caractères moins nets.

La question la plus importante du problème est de résoudre quelles sont les origines de ces mécanismes par lesquels l'individu réagit contre l'invasion du processus pathologique. Il semble que la réaction psychogénique dépende de la nature du choc émotionnel, de la constitution individuelle et qu'elle repose sur le subconscient effectif de l'individu modelé depuis l'enfance. C'est pour cette raison qu'elle porte tantôt une empreinte hystérique, tantôt schizoïde. Ces mécanismes psychologiques se servent, dans leur expression, des instincts, et réalisent ainsi la liaison des réactions réciproques de l'âme et du corps.

FRIBOURG-BLANC.

**Le mécanisme de l'origine de troubles réactifs, par Wl. CHLOPICKI (*Rocznik Psychiatryczny* 1934, Fasc. XXIII).**

L'auteur analyse exclusivement les troubles réactifs somatiques en prenant pour base les réactions hystériques. Les nombreuses descriptions du syndrome post-encéphalitique ont apporté à cette étude des lumières nouvelles. Aux notions déjà anciennes de troubles hystériques moteurs, sensitifs et sensoriels, viennent s'ajouter les troubles végétatifs. A la lumière des conceptions nouvelles, le mécanisme des troubles réactifs somatiques est le même que celui des troubles organiques, avec la seule différence que, dans les états réactifs, le processus est fonctionnel, donc réductible, par opposition aux processus organiques anatomiques qui sont irréductibles.

La possibilité de l'apparition de troubles somatiques réactifs semble être conditionnée par une défectuosité des tendances affectives du sujet.

FRIBOURG-BLANC.

**Remarques méthodologiques sur la question de névroses réactives, par E. ARTWINSKI (*Rocznik Psychiatryczny* 1934, Fasc. XXIII).**

L'auteur expose l'avantage d'interpréter les névroses réactives au point de vue de la pathologie générale. L'analyse minutieuse des troubles fonc-

tionnels est indispensable, car ils constituent le fond des névroses réactives et soulignent l'importance du facteur psychique dans les affections organiques. L'expérience de la guerre a démontré que les troubles réactifs post-traumatiques intéressent surtout le système neuro-végétatif. Ces désordres sont en général passagers, mais sous l'influence des facteurs psychogènes et sociaux, ils peuvent se transformer et se stabiliser. Certaines névroses rappellent les réflexes conditionnels des animaux d'expérience. La durée des symptômes post-traumatiques dépend des facteurs constitutionnels de l'individu et de l'impressionnabilité de son système neuro-végétatif, elle est influencée dans une large mesure par l'intervention de conditions sociales (assurances, indemnités et autres conditions extérieures). C'est la tendance de Tendeloo, avec sa méthode de pathologie « constellée », qui semble convenir le mieux à l'interprétation des névroses traumatiques.

FRIBOURG-BLANC.

**Les psychoses réactives à la lumière de l'enseignement de la guerre mondiale et du service militaire, par le Médecin Colonel J. NELKEN** (*Rocznik Psychjatryczny* 1934, Fasc. XXIII).

La guerre mondiale, en matière de psychoses réactives, fait ressortir l'importance du choc émotionnel dans la genèse des troubles psychiques réactifs. Sommairement, on peut répartir les troubles psychiques réactifs en deux groupes : 1° les psychoses générales, partiellement ou entièrement réactives ; 2° psychoses survenant à la façon réactive, sans avoir les caractères ou la véritable nature réactive, se révélant par leur structure exagérée. Entre ces formes extrêmes se place toute la gamme des psychoses qui se rencontrent dans la vie habituelle. Par ordre de fréquence, suivant la cause déterminante, les psychoses réactives se classent en : 1° psychoses réactives de guerre ; 2° de la prison ; 3° de la vie courante.

L'auteur rappelle les psychoses presque épidémiques massives survenues chez les soldats à la fin de la guerre, dans les principales villes d'Autriche-Hongrie. Il souligne dans leur apparition l'intervention de la prédisposition congénitale ou acquise des malades. M. Nelken rapporte la description de diverses formes cliniques de troubles psychiques réactifs. Dans l'expérience personnelle de l'auteur, la majorité de malades observés pendant la guerre avait un fond schizoïde avec un appoint hystérique plus ou moins marqué. Les troubles de la conscience de ces états prêtent à discussion et il est difficile de se prononcer s'il s'agit de leur existence réelle ou d'un refoulement de la conscience. M. Nelken rapporte six observations de psychoses réactives.

Pour terminer son travail, l'auteur souhaite qu'on puisse tirer un enseignement pratique pour l'avenir, en préparant des organisations spéciales en vue de combattre ou de limiter les dangers qui pourraient résulter pour la population civile de la guerre aérienne ou par les gaz dans un milieu sursaturé de psychopathes refoulés des armées.

FRIBOURG-BLANC.

**Élément réactif dans les psychoses des détenus, par W. LUNIEWSKI** (*Rocznik Psychjatryczny* 1934, Fasc. XXIII).

Bien que dans l'ensemble les psychoses réactives des détenus ne diffèrent pas des psychoses réactives en général, la détention leur imprime



une teinte spéciale. Les psychoses réactives des détenus relèvent des particularités psychiques individuelles des sujets, mais elles subissent l'influence des conditions de la vie des prisons et des chocs émotifs subis du fait de l'arrestation et de la détention. Après un exposé de divers tableaux cliniques de réactions psychiques des détenus, l'auteur souligne la différence des psychoses réactives des psychoses endogènes, qui se développent dans un milieu libre. Le désir de fuir dans la maladie, de produire de l'effet et de profiter des avantages que peut procurer la maladie joue certainement un rôle dans la genèse de psychoses réactives.

Sont particulièrement prédisposés aux psychoses réactives les instables, les sujets faisant preuve d'un certain infantilisme psychique, les récidivistes et les habitués du délit. Il est à remarquer que les femmes, contrairement à ce que l'on pourrait prévoir, sont plus rarement atteintes que les hommes.

FRIBOURG-BLANC.

## NEUROLOGIE

**Essai de regroupement des maladies familiales de la moelle. A propos d'un cas particulier de paraplégie spasmodique chez trois sœurs, par G. MARINESCO, M. MANICATIDE et N. JONESCO-SISESTI. *Revue Neurologique*. T. I, n° 5, pp. 641-670, mai 1934.**

Les auteurs réunissent les types familiaux de syndromes médullaires pour en former trois classes d'après leurs particularités anatomiques et leurs altérations biologiques : 1. les dégénérescences, paraplégie spasmodique, maladie de Friedreich, hérédo-ataxie cérébelleuse et maladie de Roussy-Gabrielle Lévy, 4 syndromes dont la parenté paraît aujourd'hui indéniable comme le prouvent les cas intermédiaires et la possibilité de passer d'une forme clinique à l'autre au cours de l'évolution chez un même sujet ; 2. les proliférations qui s'opposent aux précédentes, gliomatoses cavitaires comme la syringomyélie et la neurofibromatose ; 3. les dystrophies et agénésies, comme certains syndromes de Little. Le « potentiel hyperplasique » qui caractérise cette variété en fait un type évolutif et compliqué de la variété précédente. Les syndromes médullaires empruntent ici partiellement à la symptomatologie méningo-encéphalique ce qui rend la limitation de la classification purement conventionnelle et didactique.

P. CARRETTE.

**Tumeur médullaire, par CAMBIER et R.-A. LEY (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Mai 1934).**

Paraplégie spasmodique en flexion avec contracture et troubles des sphincters, évoluant depuis 8 ans chez une femme âgée de 30 ans : troubles de la sensibilité à tous les modes remontant à la base du thorax, sans phénomènes douloureux subjectifs. Examens humoraux négatifs. L'épreuve du lipiodol montra un obstacle en fuseau au niveau de D<sup>2</sup>. On diagnostiqua une tumeur médullaire. L'intervention opératoire par laminectomie étendue de D<sup>1</sup> à D<sup>10</sup> montre l'existence d'une tumeur intra-médullaire, gliomateuse, étendue sur plus de 14 centimètres. Examen anatomo-pathologique.

SENGÈS.

**Une observation de myélome de la colonne vertébrale avec crampes épileptiformes**, par Mogens ELLERMANN et George E. SCHROEDER. *Revue Neurologique*, T. I, n° 4, pp. 524-529, avril 1934.

Le diagnostic radiographique et clinique confirme l'hypothèse de myéломatoïse. L'hypertonie et le clonus musculaires constatés sont désignés par les auteurs sous le nom de crampes épileptiformes, qui paraît le mieux convenir à ces troubles très rarement signalés dans les myélomes de la colonne vertébrale.

P. CARRETTE.

**Méningo-myélite causée par la fièvre ondulante (bacille de Bang)**, par M. Knud-H. KRABBE. *Revue Neurologique*. T. I, n° 1, pp. 34-38, janvier 1934.

Les formes cliniques imputables au bacille de Bang ne sont pas absolument superposables à celles de la fièvre de Malte. Il y a, néanmoins, des similitudes à noter dans les réactions nerveuses. Dans la fièvre ondulante de Bang, on voit fréquemment des symptômes neurasthéniques et les complications méningo-myélitiques affectant surtout l'allure parétique avec de vives douleurs des membres inférieurs. M. Krabbe a observé un cas de réaction méningée accompagnée de parésie, atrophie et de modifications des réflexes. Le pronostic a été favorable. L'expérience de l'heureux effet du vaccin typhique dans la fièvre ondulante a incité l'auteur à en tenter l'emploi pour son malade. Il semble bien que l'influence du vaccin fut ici encore salutaire.

P. CARRETTE.

**Les poliomyélites subaiguës (Modalités cliniques et expressions lésionnelles)**, par Yves POURSIDES, Professeur agrégé à la faculté de Médecine de Nancy (*Encéphale*, janvier 1934, page 32).

Entre la maladie de Heine Médin, qui peut être considérée comme le type aigu de la poliomyélite et la maladie chronique de Duchenne, se placent un certain nombre d'affections dont le substratum anatomique réside dans une altération électorale des cornes antérieures, mais dont l'évolution est à marche subaiguë.

De ces poliomyélites antérieures subaiguës, l'auteur fait une fort intéressante description.

Roger ANGLADE.

**Syndrome de sclérose latérale amyotrophique**, par DRAGANESCO, GRIGORESCO et ASCENTE (*Archivos Argentinos de Neurologia*. Tome X, n° 5, mai 1934).

Les auteurs rapportent l'observation d'un malade de 57 ans, présentant une monoplégie crurale gauche. L'examen clinique décèle les signes d'une sclérose latérale amyotrophique avec légère atrophie musculaire, contractions fasciculaires généralisées, troubles pyramidaux, troubles vasomoteurs. L'évolution de la maladie fut progressive, malgré toute thérapeutique essayée. Plus tard, se surajoutèrent des troubles bulbaïres et la tétraplégie devint presque totale. L'examen histo-pathologique du système nerveux central montra des altérations dégénératives et des lésions d'infiltration. La dégénérescence myélinique atteignait les deux faisceaux pyra-

midaux ainsi que les cordons antéro-latéraux. Parallèlement, on trouvait des processus inflammatoires diffus dans tout le névraxe : infiltrations à lymphocytes au niveau des méninges et autour des vaisseaux de la substance blanche et grise.

Classiquement, du point de vue anatomo-clinique, c'est l'association des symptômes de perturbation du premier et du second neurones moteurs, qui constitue le caractère fondamental de la maladie de Charcot. Mais de nombreuses recherches ont déjà montré que les lésions dégénératives dépassent souvent le territoire des deux neurones moteurs. Aussi, loin de considérer la sclérose latérale amyotrophique comme une entité morbide constitutionnelle, tend-on aujourd'hui à regarder ce syndrome comme pouvant être produit par diverses causes exogènes.

LAUZIER.

**De l'ataxie aiguë primitive**, par RISER, MÉRIEL et PLANQUES (*Encéphale*, Février 1934, p. 135).

Observation concernant une femme de 36 ans qui, après avoir présenté une ataxie aiguë de type Leyden, qui dura six semaines, puis une amaurose transitoire, est demeurée bien pendant 7 mois. C'est alors qu'apparurent les premiers signes pyramidaux et que se constitua une sclérose en plaques caractéristique. Avant la poussée d'ataxie existaient des signes minimes mais certains d'une névrite en incubation.

Roger ANGLADE.

**Paralysie ascendante de Landry avec névrite optique double sans lésions histologiques décelables**, par R.-A. LEY et Ludo VAN BOGAERT (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1934).

Depuis la description de Landry en 1859, le développement des recherches histologiques a amené une révision des données classiques : un certain nombre de cas de maladie de Landry rentrent aujourd'hui dans la maladie de Heine-Medin ; d'autres s'accompagnent de lésions toxiques aiguës de la corne antérieure, d'autres de lésions de polynévrite, sans parler de celles qui se rapprochent des leucomyérites. Il reste cependant un certain nombre d'observations récentes (Guillain et Troisier, Kindberg et Garnier) où les vérifications anatomiques ne révèlent aucune lésion médullaire ni névritique. Les auteurs rapportent une observation de ce genre avec examen histologique.

SENGÈS.

**Le syndrome paralytique du trijumeau et du sympathique oculaire (Syndrome Paratrigéminale du Sympathique Oculaire)**, par Henri ROGER, Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, et Yves POURSIDES, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy (*Encéphale*, Mars 1934, p. 167 à 188).

Les troubles du Sympathique Oculaire sont plus fréquents qu'il n'apparaît au premier abord dans l'évolution des paralysies multiples des nerfs crâniens par lésions sous-arachnoïdiennes.

Les auteurs, dans ce travail, attirent l'attention, à l'occasion de six cas personnels, sur un syndrome, décrit pour la première fois par Roeder, qui est constitué par l'association d'une paralysie du Trijumeau à type d'algie

et surtout d'hypoesthésie et d'un syndrome de Claude Bernard-Horner, plus ou moins complet. Ce syndrome, qui peut être d'origine tumorale, traumatique ou infectieuse, permet de situer la lésion originelle au niveau de la partie postérieure de la fosse cérébrale moyenne.

Roger ANGLADE.

**La névralgie faciale. Importance du stimulus et de la zone d'excitation (Déductions thérapeutiques et pathogéniques)**, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *La Presse Médicale*, n° 18, pp. 345-348, 3 mars 1934.

MM. Alajouanine et Thurel apportent des arguments sur l'origine centrale de la névralgie faciale. La névralgie essentielle relèverait d'une lésion irritative du noyau sensitif du trijumeau. La guérison par alcoolisation périphérique se conçoit si on admet qu'elle tient à l'anesthésie de la zone d'excitation. La névralgie faciale est l'apanage des neuro-arthritiques, mais la nature de la lésion reste incertaine.

P. CARRETTE.

**Paralysie faciale, congénitale et héréditaire**, par C.-J.-A. VAN ITERSOM (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1934).

Observation d'un cas de paralysie faciale gauche chez une jeune fille de 17 ans. L'intérêt de l'observation est qu'on constate la même affection chez plusieurs membres de la famille (grand-père maternel, mère, sœur et enfant de 7 semaines). L'auteur passe en revue, d'après les auteurs, les cas analogues. L'étiologie et la pathogénie sont incertaines.

SENGÈS.

**Contribution à la pathogénie de l'hémiatrophie faciale**, par N. JONESCO-SISESTI (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1934).

L'hémiatrophie faciale n'est pas une affection d'étiologie et de symptomatologie univoque, mais un syndrome dont les causes et le mécanisme diffèrent dans chaque variété clinique. L'auteur distingue : 1° l'hémiatrophie d'origine congénitale qui est exceptionnelle ; 2° l'hémiatrophie d'origine sympathique dans laquelle c'est ordinairement le sympathique périphérique qui est intéressé ; 3° l'hémiatrophie par lésion du trijumeau. L'auteur s'étend plus longuement sur cette variété. Son étude est basée sur quatre cas personnels étudiés cliniquement et anatomiquement, et sur le rappel de cas publiés par d'autres auteurs. Les documents apportés portent sur des lésions du neurone central du trijumeau, « ce qui permet d'exclure l'hypothèse d'une participation du sympathique cervical ». Il y a cependant quelques exemples d'hémiatrophie faciale par atteinte des fibres trigéminales périphériques. 4° Une observation d'hémiatrophie faciale par atteinte des noyaux moteurs ponto-pédonculaires. Ce cas ne s'accompagnait ni de troubles vaso-moteurs, ni de troubles de la sensibilité comme dans l'hémiatrophie trigéminale.

SENGÈS.

**Paraspasme facial bilatéral**, par A. LEROY (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1934).

Observation d'un homme de 50 ans qui présente, à la suite d'une atteinte grippale, un blépharospasme bilatéral peu intense, évoluant peu à peu

pour constituer un spasme clonique de la musculature orbitaire et faciale. Ces troubles ne s'accompagnaient d'aucun état mental anormal. L'auteur rappelle les travaux classiques d'H. Meige et sa description princeps au Congrès de Bruxelles en 1910 : il passe en revue les travaux publiés sur cette question par divers auteurs, Sicard, Haguenau, etc., et la communication à Rabat, en 1933, de Crouzon, J. Christophe et Gautier. L'étiologie est peu connue, mais tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que cette affection n'a pas une origine purement psychique : on peut penser à une infection des centres nerveux due à un virus voisin de celui de l'encéphalite épidémique. Cette affection peut s'accompagner de troubles mentaux, ainsi qu'en témoigne une observation résumée de l'auteur. Le traitement est décevant. Sicard et Haguenau ont essayé l'alcoolisation et la section du facial, avec peu de succès. La diélectolyse transcérébrale calcique et magnésienne a été essayée par Crouzon et Chavany, les injections intra-veineuses d'une solution d'iodure de sodium à 5 p. 100 par Chavany. Devant les insuccès, Sicard et Haguenau ont fait construire des lunettes spéciales refoulant et maintenant la paupière supérieure.

SENGÈS.

**Paralysie facio-glosso-pharyngo-laryngée et masticatrice d'origine cortico-sous-corticale**, par Paul MICHON et C.-A. PIERSON. *Le Progrès Médical*, n° 3, pp. 113-114, 20 janvier 1934.

Observation d'une forme complexe de diplégie faciale chez un pseudo-bulbaire. Les auteurs croient avoir affaire à des lésions centrales et réservent leur pronostic en présence d'une cérébro-sclérose évidente qui ne permet d'espérer ni rétrocession, ni suppléances fonctionnelles.

P. CARRETTE.

**Physiologie du nerf glosso-pharyngien. Données expérimentales et neuro-chirurgicales**, par B. POMMÉ et J. DUGUET. *Biologie médicale*. T. XXIV, n° 4, pp. 187-212, avril 1934.

La neurotomie du glosso-pharyngien pratiquée à l'occasion de syndromes névralgiques a apporté à l'expérimentation d'intéressants documents qui ont précisé et complété l'anatomie et la physiologie classiques. Grâce à ces nouveaux éléments, il apparaît aujourd'hui que le glosso-pharyngien ne saurait être considéré comme un nerf mixte d'intérêt secondaire, chargé de fonctions imprécises ou facilement suppléées. MM. Pommé et Duguët montrent comment il partage avec le trijumeau, le facial et le pneumogastrique, l'exercice des fonctions de la déglutition, du goût, de la sensibilité auriculaire et pharyngée.

P. CARRETTE.

**La syphilis et les paralysies des dilatateurs du larynx**, par Maurice JACOD. *La Presse Médicale*, n° 27, pp. 538-539, 4 avril 1934.

L'histoire de la paralysie des dilatateurs du larynx, syndrome de Gerhard, est un peu celle du signe d'Argyll-Robertson. Il s'agit d'une localisation intrabulbaire très limitée, souvent révélatrice de la syphilis, mais retrouvée aussi dans d'autres affections.

P. CARRETTE.

**Les signes vestibulaires des tumeurs de l'acoustique**, par M. AUBRY, J. DARQUIER et P. SCHMITE. *Revue Neurologique*. T. I, n° 4, pp. 511-523, avril 1934.

Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux ont une symptomatologie acoustique très spéciale, due à l'atteinte de la VIII<sup>e</sup> paire d'une part, à celle de la zone vestibulaire centrale d'autre part. L'évolution fournit un syndrome tronculaire bientôt suivi de signes nucléaires mis en évidence par l'étude des variations de réponses aux tests : sensation vertigineuse, pulsion, marche aveugle, nystagmus spontané, déviation de l'index, épreuves calorique, rotatoire, galvanique et d'équilibration.

P. CARRETTE.

**Récidive post-puerpérale d'une plexite cervicobrachiale bilatérale du type supérieur. Contribution à l'étude des prédispositions acquises du système nerveux**, par Ludo van BOGAERT. *La Presse Médicale*, n° 45, pp. 918-919, 6 juin 1934.

La grossesse et le post-partum constituent des périodes de modifications humorales physiologiques. En dehors de toute complication infectieuse, de toute intoxication gravidique, elles réalisent parfois un état favorable à la réapparition de certaines polynévrites. Comme pour les récurrences d'urticaire post-sérique, il existe un terrain spécial pour de telles manifestations. M. van Bogaert ayant observé un cas nouveau, esquisse une revue critique de la question et, insistant sur les conditions individuelles et familiales de ces troubles nerveux, émet l'hypothèse étiologique d'une viciation métabolique.

P. CARRETTE.

**Un cas de névrite hypertrophique familiale**, par A. DELAHAYE et LUDO VAN BOGAERT (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1934).

Observation d'un cas de névrite hypertrophique chez un homme de 40 ans, la première de ce genre publiée en Belgique. Le cas est intermédiaire entre la forme de névrite hypertrophique familiale Déjerine-Sottas et la forme P. Marie-Boveri. Une biopsie confirme le diagnostic clinique.

SENGÈS.

## ANATOMIE

**Examen anatomopathologique d'un cas de lésion circonscrite ayant déterminé des perturbations fonctionnelles très variées** (Der autoptische Befund in einem Fall von Störungen verschiedenster Leistungsgebiete bei Herderkrankung), par K. GOLDSTEIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, 2, 1934.

L'examen du cerveau de la malade décrite par E. Rothmann dans la même Revue a révélé des lésions en foyer importantes : 1° de la partie moyenne de l'insula gauche ; 2° du lobe temporal gauche ; 3° trois foyers de petites dimensions au niveau du lobe frontal gauche et de l'hémisphère droit. L'auteur estime que seules les lésions insulaires et temporales ont joué un rôle dans la production des troubles présentés par la malade.

Ceux-ci sont dus à une perturbation du comportement catégorial, selon les idées de Gelb et Goldstein ; l'association des lésions temporale et insulaire crée un syndrome clinique caractéristique, dont cette malade représente un exemple typique.

E. BAUER.

**Le Troisième Ventricule. La conformation du plancher et ses relations avec les méninges** (*The Third Ventricle: Conformation of the Floor and Its Relation to the Meninges*), par Curt P. RICHTER et John A. BENJAMIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 5, pp. 1026-1037, mai 1934.

La forme du plancher du 3<sup>e</sup> ventricule est étudiée après injection d'encre de Chine ou de chlorure de méthylthionine. Les auteurs ont pu établir qu'en trois régions, le ventricule entre en contact avec la pie-mère : entre le tuber et les corps mamillaires, à la partie postérieure de la jonction tubo-infundibulaire, entre l'infundibulum et le chiasma. Les deux dernières zones sont variables et s'impriment d'autant mieux que la pression du colorant est plus forte. La moindre altération du tissu nerveux dans ces régions atteint la pie-mère et permet l'issue du liquide céphalo-rachidien.

P. CARRETTE.

**Méningo-encéphalite localisée intéressant la substance grise des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ventricules, associée à la glycosurie** (*Localised meningo-encephalitis involving the grey matter of the third and fourth ventricles, associated with glycosuria*), par Donald SHEEHAN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. IX, fasc. 1-2, pp. 157-169, Copenhague, 1934.

Le malade observé par M. Sheehan atteint de complications méningo-encéphaliques de varicelle ayant évolué sur terrain tuberculeux, présentait de nombreux symptômes neurologiques dont la vérification anatomique est des plus instructives. Une infiltration périvasculaire est constatée dans la substance grise du plancher des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> ventricules, du noyau dorsal du vague jusqu'à la partie basse des noyaux du moteur oculaire commun, en passant par les noyaux de l'acoustique. Des lésions existent dans quelques formations cérébelleuses, dans les corps mamillaires, dans les groupes cellulaires du plancher du 3<sup>e</sup> ventricule, altérations qui correspondent sans doute à la glycosurie observée.

P. CARRETTE.

**Un cas de psammome des plexus choroïdes du ventricule latéral**, par CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1934).

Observation d'un enfant de 13 ans qui présente à l'âge de 9 ans un syndrome d'hypertension intracrânienne (baisse progressive de la vision, somnolence, céphalées, vomissements). L'examen révèle dès 1932 des signes d'hémianopsie temporale et l'existence, à la radiographie, d'une tumeur volumineuse, soumise à un traitement radiothérapique. Apparition, en cours de traitement, de crises comitiales et hospitalisation au cours de laquelle le diagnostic est précisé. L'intervention opératoire dans la région temporo-pariétale droite permet de découvrir l'existence d'un kyste contenant 100 cc. d'un liquide jaunâtre non coagulable spontanément. La tumeur

est extraite avec difficultés et l'enfant présente les jours suivants une hémiplegie droite qui s'améliore dans la suite. Examen histo-pathologique de la tumeur et rappel de cas analogues avec bibliographie. SENGÈS.

**Etude du lobe intermédiaire de l'hypophyse (La fente hypophysaire ; les glandes séro-albumineuses ; les cellules immigrées dans le lobe nerveux),** par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. méd. chir.*, Juillet 1934, p. 655.

Le revêtement de la paroi antérieure de la fente hypophysaire, notamment chez l'homme, présente, par places, des analogies nettes avec le revêtement de la paroi postérieure. Du point de vue morphologique, ces zones doivent être rattachées au lobe intermédiaire.

Les diverticules de la fente hypophysaire comprennent cinq groupes : supérieurs ou céphaliques, inférieurs, latéraux, antérieurs, postérieurs. Du point de vue histogénétique, ces diverticules donnent naissance à des kystes.

Les glandes séro-albumineuses appelées encore glandes salivaires, glandes d'Erdheim, présentent une similitude histologique marquée avec les glandes séreuses de la muqueuse nasale. Elles résulteraient de la différenciation des diverticules postérieurs de la fente hypophysaire.

Les auteurs étudient ensuite les modalités d'invasion du lobe nerveux par les cellules glandulaires. L'infiltration se fait suivant une topographie variable selon les sujets et ils ont pu déceler cinq foyers principaux. Elle se fait soit par traînées cellulaires compactes, soit par cellules isolées qui s'égaillent dans le tissu névroglique et neuro-fibrillaire et peuvent être suivies à une grande distance. Dans cette immigration (neurocrinie cellulaire), il s'agit à la fois d'un processus prolifératif et d'un envahissement actif. L'origine des éléments glandulaires se trouve, pour les auteurs, dans le lobe intermédiaire et dans le lobe antérieur. Elle autorise à penser que les hormones anté-hypophysaires peuvent agir par un mécanisme hormonal au même titre que les hormones intermedio-hypophysaires et, d'autre part, que les différentes variétés de cellules hypophysaires peuvent jouer par neurocrinie un rôle distinct. L. MARCHAND.

**De la nature des altérations cylindraxiles au niveau des plaques séniles,** par P. DIVRY (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, décembre 1934).

L'auteur a montré récemment (*Journal Belge de Neur. et de Psych.*, 1934, 197) que la dégénérescence dite fibrillaire d'Alzheimer est en réalité l'expression d'une précipitation d'amyloïde au niveau des cellules ganglionnaires. Il a observé également qu'au niveau des plaques séniles les cylindraxes s'imprègnent d'amyloïde. Ces altérations cylindraxiles ont déjà été découvertes par Fischer (1907) et étudiées par Marinesco et Minéa, Rizzo et récemment par L. Boumann. L'auteur discute la signification qu'il convient de donner aux images obtenues par les colorations, en particulier les figures de Fischer. La coloration spéciale préconisée depuis plusieurs années par l'auteur (rouge Congo) confère à la substance étudiée une biréfringence nette et permet de se convaincre que les altérations cylindraxiles au niveau des plaques séniles résultent d'un dépôt d'amyloïde. Ces constatations peuvent servir à étayer la notion d'une communauté pathogénique entre diverses productions du cerveau sénile (plaques, dégénérescence d'Alzheimer, altérations cylindraxiles décrites).

SENGÈS.



**Considérations histopathologiques dans 2 cas de démence précoce diagnostiquée cliniquement** (Histopathological Findings in Two Cases Clinically Diagnosed Dementia Præcox), par Armando FERRARO. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XLIII, n° 4, pp. 883-903, janvier 1934.

L'auteur choisit deux cas de démence précoce à propos desquels le diagnostic clinique n'hésite pas. Le premier répondait à la forme catatonique, le second à celui de l'hébéphrénie. Or, l'examen histologique révéla d'une part une encéphalopathie du type toxique avec processus de démyélinisation et prolifération gliale s'étendant aux lobes frontaux et temporaux ainsi qu'aux régions centrales. L'autre cerveau était envahi par une sclérose diffuse prédominante dans les zones frontales. M. Ferraro fait observer la fréquence de ces découvertes chez les malades atteints de psychoses, sans manifestations neuro-somatiques définies, objets de recherches sur la psychogénèse de leurs manifestations considérées comme réactions fonctionnelles. Ces facteurs psychogènes ne jouent pas de rôle évident dans des cas comme ceux de M. Ferraro. Par contre, on doit admettre la réalité de troubles organiques fondamentaux, même en l'absence d'une symptomatologie définie. Il faut déplorer le défaut de continuité de telles recherches. L'hérédité des deux malades est chargée et l'étude du cerveau de leurs ascendants, atteints eux-mêmes de troubles mentaux, n'eût sans doute pas manqué d'intérêt.

P. CARRETTE.

**Rapports de la structure cérébrale et des fonctions mentales illustrés par l'étude de 4 cerveaux d'arriérés** (Cerebral Structure and Mental Function as illustrated by a Study of Four Defective Brains), par R. J. A. BERRY et R. M. NORMAN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XIV, n° 56, pp. 289-322, avril 1934.

Le cerveau des arriérés — débiles et imbeciles — présente des modifications histologiques qui consistent en réduction des neurones de la couche granuleuse et de la zone supragranuleuse du cortex. La substance grise n'apparaît pas nettement diminuée dans son ensemble, sauf dans la région agranuleuse du cortex frontal, mais une certaine anarchie est observée et il n'est pas impossible que la question de degré du déficit psychique soit liée à l'importance du désordre des éléments cellulaires.

P. CARRETTE.

**De la nature du substratum cérébral dans l'épilepsie** (Über die Entstehung des Hirnbefundes bei der Epilepsie), par W. SCHOLZ (Munich). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und. Psych.*, 1933, Tome CXLV, p. 471 à 515.

Très importante contribution à l'anatomie pathologique de l'épilepsie. Dans ce travail portant sur l'examen anatomique de 20 cas d'épilepsie, l'auteur démontre qu'il n'y a pas de différence profonde au point de vue histologique entre l'épilepsie essentielle et les épilepsies symptomatiques. La genèse vaso-motrice admise par Spielmeyer pour la sclérose localisée de la corne d'Ammon et les atrophies du cervelet doit être admise également pour les lésions cellulaires que l'on constate après les paroxysmes épileptiques (autopsies de malades morts en état de mal). Les lésions cellulaires plus ou moins disséminées constatées par Chaslin, Bleuler, Alzhei-

mer, paraissent devoir être rapportées également à des troubles circulatoires. Il semble que dans le jeune âge les troubles vaso-moteurs cérébraux soient d'un pronostic plus fâcheux au point de vue de l'évolution comitiale. Ce travail est très abondamment illustré de microphotographies (25).

Henri Ey.

**Sur quelques particularités de structure des fibres des nerfs spinaux**, par M. SCINTÉ (Naples). (*L'Ospedale Psichiatrico*, Avril 1934).

Par plusieurs procédés de colorations et surtout par la méthode colorante de l'hématoxiline ferrique, l'auteur a étudié l'appareil neurokératinique de la fibre nerveuse périphérique. Il croit que cet appareil a une constitution réticulo-alvéolaire et la forme de calices qui se suivent avec les ouvertures vers une même direction. Dans quelques rares fibres seulement on les rencontre dans un sens inverse.

L'auteur pense que ces dits calices ne sont pas les produits artificiels de la technique histologique, mais il doute cependant qu'ils persistent comme tels dans la fibre vivante. L'auteur termine en émettant quelques hypothèses quelques explications sur la constitution du stroma neurokératinique et sur son fonctionnement.

Paul ABÉLY.

## BIOLOGIE

**Rôle de l'hypothalamus dans la régulation de la pression sanguine. Études expérimentales avec remarques sur la respiration** (Rôle of the Hypothalamus in Regulation of Blood Pressure : Experimental Studies, with Observations on Respiration), par Louis LEITER et Roy R. GRINKER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 1, pp. 54-86, janvier 1934.

La physiologie de l'hypothalamus est tirée de l'expérimentation sur les mammifères et de certaines observations de pathologie cérébrale. Elle reste encore imprécise par insuffisance des documents de neuro-chirurgie et d'expérimentation humaine. L'excitation électrique directe ne permet pas de conclusions définitives. La curarisation préalable aide à l'étude des modifications de l'état convulsif, de la respiration et de la pression sanguine. L'excitation de l'hypothalamus paraît produire l'apnée et l'élévation de la tension artérielle. MM. Leiter et Grinker croient pouvoir confirmer que l'hypothalamus est un centre régulateur vaso-moteur superposé à d'autres centres médullaires du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule. D'aucuns précisent même que les noyaux antérieurs seraient des régulateurs parasympathiques sans que les preuves aient été établies avec évidence.

P. CARRETTE.

**Modifications chimiques du sang produites dans l'hyperpyrexie par balnéation** (Chemical Changes in the Blood Induced by Hyperpyrexial Baths) par Mme Helen HOPKINS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 3, pp. 597-604, mars 1934.

Les bains chauds à 105 ou 110° F. (41, 43° R), prolongés 30 à 45 minutes produisent des modifications biologiques sérieuses : alcalose, déshydrata-

tion, hypoglycémie, élévation du phosphore sanguin inorganique et hypoglycémie. Ces changements ont un effet général excitateur sur le tissu nerveux et méritent d'être mis en parallèle avec certaines perturbations notées dans des syndromes neuro-psychiques.

P. CARRETTE.

**Modifications humérales sanguines dans les crises convulsives expérimentales provoquées par les injections d'extrait cérébral** (Modificaciones humerales sanguíneas en las crisis convulsivas experimentales provocadas por la inyección de extracto cerebral), par S. OBRADOR et A. KUTZ. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVII, n° 17, pp. 456-458, 28 avril 1934.

L'injection intraveineuse d'extrait cérébral est convulsivante ; elle augmente l'acide lactique, le glucose et le potassium du sang et diminue la cholestérine et le calcium. Quelques-unes de ces modifications humérales concordent avec celles de l'épilepsie, mais ces constatations ne permettent aucune conclusion ferme sur le mécanisme étiologique des crises.

P. CARRETTE.

**Les modifications du brome hématique pendant les accès convulsifs** (Le modificazioni del bromo emetico durante gli accessi convulsivi), par le Dr Giuseppe CURTI (Reggio Calabria). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, Mai-Juin 1934, p. 1077 à 1085.

Application et vérification des conceptions de Zondek dans la crise d'épilepsie. La teneur du sang en brome augmente d'une façon certaine au cours de la crise, pour atteindre des chiffres extrêmement élevés dans l'état de mal. Tout se passe comme si le torrent circulatoire s'enrichissait brusquement des quantités de brome que perd le tissu nerveux durant la crise.

Henri Ey.

**A propos de la signification de l'ammoniémie dans la genèse des accidents éclamptiques** (Acerca de la significación de la amoniemia en la génesis de los accidentes eclópticos), par J. BOTELLA LLUSIÀ. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVII, n° 14, pp. 363-377, 7 avril 1934.

L'action convulsivante de l'ammoniaque serait déterminante dans la production des crises chez les éclamptiques. L'hyperammoniémie est constatée au cours de la grossesse ; elle devient plus importante dans les périodes pré-éclamptiques pour atteindre le maximum à l'occasion des crises. L'excès d'ammoniaque est contrebalancé par une chute de l'urée sanguine. Le déséquilibre du quotient ammoniac-uréique paraît lié au déficit fonctionnel du foie. Chez le fœtus, les moyennes doivent normalement se rétablir, probablement grâce à la régulation hépatique et sans que le placenta intervienne en aucune manière.

P. CARRETTE.

**Convulsions de cause indéterminée. Étude de la glycémie** (Convulsions of Undetermined Etiology : Studies of the Blood Sugar), par J. M. NIELSEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 5, pp. 1055-1062, mai 1934.

Pour M. Nielsen, l'épilepsie idiopathique est une épilepsie non diagnostiquée. L'étiologie du syndrome ne sera précisée que par la fixation des modifications somatiques et biologiques constantes ou occasionnelles. L'auteur a été frappé par la fréquence chez le comitial d'un abaissement du taux du sucre sanguin, obtenu par les tests de tolérance au dextrose. Cette hypoglycémie serait un facteur favorisant. Il faudrait probablement y ajouter la déplétion du glycogène, l'alcalose, les troubles du métabolisme de l'eau, l'hyposuprarénalisme, le déséquilibre neuro-végétatif.

P. CARRETTE.

**La glycémie dans ses rapports avec les états émotionnels** (The Blood Sugar in Relation to Emotional Reactions), par John-C. WHITEHORN. 89<sup>e</sup> Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 5, pp. 987-1005, mars 1934.

Il est rare qu'un état émotif soit lié à une réaction hyperglycémique en dehors de toute altération organique et en particulier des troubles du métabolisme hydro-carboné. M. Whitehorn observe une chute de la teneur en sucre plus marquée chez les sujets à tendance scléreuse, qui ont dépassé 45 ans, une légère glycosurie isolée et transitoire chez quelques malades. Dans la mélancolie avec troubles somatiques la fonction insulino-génique du pancréas est amoindrie. En somme, les troubles glycémiques paraissent bien plus conditionnés par l'état des fonctions organiques permanentes que par des troubles fonctionnels aigus et passagers.

P. CARRETTE.

**La formule leucocytaire dans la paralysie générale**, par Osvaldo MECO (de Florence). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Février 1934.

L'auteur recueille une statistique de 33 cas soumis à la malariathérapie. Les résultats obtenus par lui dans l'étude de la formule leucocytaire sont, par certains côtés, discordants avec ceux obtenus par d'autres auteurs. M. Meco a remarqué surtout la diversité qui existe entre la malariathérapie et les autres traitements pyrétiques. L'exagération des monocytes est évidente durant la malaria, tandis qu'elle manque par exemple dans le choc provoqué par le vaccin. En fait, le résultat clinique favorable s'associe très souvent à une réaction lymphocytaire terminale.

P. ABÉLY.

**Recherche du Bacille de Koch par hémoculture sur milieu de Lœwenstein dans le sang de dix-huit déments précoces**, par RODIET, A. NEVOT et J. MAILLEFER. *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*. T. CXVI, p. 814, 30 juin 1934.

En concordance avec les observations antérieures, les recherches des auteurs n'ont montré ni cultures apparentes, ni microcultures de bacilles acido-résistants dans le sang des déments précoces.

P. CARRETTE.

**De la possibilité de cultiver le bacille tuberculeux dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de quelques malades du système nerveux** (Sulla possibilità di coltivare il bacillo tubercolare dal sangue et dal liquor in alcune malattie del sistema nervosa), par le Dr C. TRABATTONI (Pavie). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, Juillet-Août 1934, p. 90 à 120.

L'auteur a essayé de cultiver en milieu de Löwenstein du sang et du liquide céphalo-rachidien de 44 déments précoces, de 3 chorées de Sydenham et de 3 scléroses en plaques. L'ensemencement du sang de 32 déments précoces et du liquide céphalo-rachidien de malades atteints également de démence précoce (sur 4 seulement les prélèvements ont été faits à la fois de liquide céphalo-rachidien et de sang) a été constamment négatif. Il en a été de même pour le sang de deux enfants et du liquide céphalo-rachidien d'une jeune fille, atteints de chorée aiguë. Résultats également négatifs pour deux scléroses en plaques. L'ensemencement à l'aide du liquide céphalo-rachidien de tuberculeux avérés s'est montré également négatif. Bibliographie.

Henri Ey.

**Le contenu en magnésium du sang et du liquide céphalo-rachidien**, par A. PUCA (Reggio de Calabre). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, Avril 1934).

L'auteur expose une nouvelle méthode de dosage du magnésium dans les liquides et tissus organiques. Dans certains groupes de maladies mentales, il étudie la teneur en magnésium du sang et du liquide céphalo-rachidien et les modifications que présente cette teneur après inoculation d'air dans les ventricules cérébraux.

Paul ABÉLY.

**La barrière hémato-encéphaloméningée** (The Barrier between the Blood and Cerebrospinal Fluid), par Wm. MALAMUD, W.-R. MILLER et B.-M. MULLINS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, n° 2, pp. 127-135, février 1934.

La méthode de Walter consiste à établir un quotient de perméabilité du sang par rapport au liquide céphalo-rachidien après un traitement bromuré. Le fait que le rapport de distribution du bromure est troublé dans un certain nombre de psychoses explique la difficulté de rendre efficace les tentatives chimiothérapiques. Les auteurs ont observé les mêmes écarts parallèles dans les dosages de protéine du liquide cérébro-spinal. L'abaissement du quotient est noté dans les psychoses toxiques, les états maniaco-dépressifs et la paralysie générale non traitée.

P. CARRETTE.

**La barrière hémato-encéphalique**, par Lina STERN (de Moscou) (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1934).

L'auteur a étudié de 1917 à 1925 à Genève, puis ensuite à Moscou, le mécanisme physiologique qui règle les rapports entre le sang et le liquide cérébro-spinal d'une part et les éléments cérébro-spinaux d'autre part. Ces recherches montrent que toutes les substances circulant dans le sang, normales ou pathologiques, ne se retrouvent pas toutes dans le liquide cérébro-spinal et ne paraissent pas toutes atteindre la masse cérébro-spinale (réactions chimiques et effets biologiques). Il existe un parallélisme étroit entre le passage d'une substance du sang dans le liquide cérébro-spinal et

son action sur les centres nerveux. Or le fonctionnement de la barrière hémato-encéphalique peut être altéré sous l'influence de divers facteurs physiologiques ou pathologiques, ce qui favorise le passage dans le liquide céphalo-rachidien de substances normalement retenues. L'auteur étudie la cause et le mécanisme de cette perméabilité anormale, en montrant qu'elle peut être utilisée au point de vue thérapeutique. La barrière hémato-encéphalique joue un rôle de sélection, d'ailleurs variable, et dont il convient de connaître les conditions particulières par l'expérimentation ou les résultats de l'expérience clinique. Jusqu'ici, en effet, il a été impossible de prévoir si telle ou telle substance passera ou ne passera pas du sang dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui explique des échecs thérapeutiques et les contradictions relevées dans les publications sur la perméabilité méningée. En dehors de son rôle protecteur vis-à-vis des substances étrangères, cette barrière joue un rôle important dans la régulation de la composition du liquide cérébro-spinal, milieu nutritif du système nerveux. La comparaison des concentrations des diverses substances dans le sang et dans le liquide cérébro-spinal montre bien le rôle de la barrière hémato-encéphalique. Ce rôle semble n'être qu'un cas particulier d'un phénomène beaucoup plus général qui se passerait au niveau des capillaires des organes, chargés de régler les échanges entre les tissus et le milieu intérieur.

SENGÈS.

**Fonctionnement de la barrière hémato-liquorale à l'égard de la méningite aseptique provoquée** (Comportamento della barriera emato-liquorale di fronte alla meningite asettica provocata), par Fernandino BARISON et Luigi TELATIN (Ferrara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 1934, p. 13 à 41.

Les auteurs ont fait deux séries d'expériences. Tout d'abord ils ont, après avoir injecté par voie intraveineuse de la fuchsine, fait une ponction lombaire à leurs dix malades, suivie d'un second prélèvement de liquide une heure après. Ils ont pratiqué sur ces liquides l'épreuve de Flatau. Dans un deuxième groupe d'expériences portant sur quinze malades : après injection de fuchsine, ponction lombaire (réactions de Flatau, globulines, etc.), avec injection intrarachidienne d'eau bi-distillée et quelques heures après nouvel examen du liquide céphalo-rachidien. — En ce qui concerne l'épreuve chromoneuroscopique de Flatau (cf. *Revue Neurologique*, 1926), ils l'ont trouvée constamment négative chez tous leurs sujets. La ponction lombaire seule ne provoque pas d'altérations de la barrière ; au contraire, la méningite aseptique par eau distillée ouvre la barrière à la fuchsine. Cette ouverture n'est pas en relation avec l'affection psychopathique du sujet, elle dépend de l'intensité de la réaction thermique et des réactions méningées. Cette ouverture commence environ douze heures après l'injection et dure une cinquantaine d'heures. Longue bibliographie.

Henri EY.

**La réaction bicolore au gaïac dans la pratique mentale hospitalière** (The Bi-coloured Guaiac Reaction in Mental Hospital Practice), par S.-W. HARDWICK. *The Journal of Mental Science*, n° 328, pp. 87-93, janvier 1934.

La réaction au gaïac est basée sur les mêmes principes que celles de Lange à l'or colloïdal. Le tube contenant la solution présente un précipité

colloïde de fuschine brillante surmonté d'une zone claire de naphтол vert. L'introduction du liquide céphalo-rachidien modifie l'état du réactif. Suivant la teinte de la solution qui passe du gris vert au vert clair et l'aspect du colloïde qui peut devenir un précipité rouge, on note 5 degrés numérotés de 0 à 4. Les modifications sont plus précises que celles de la réaction de Lange et les résultats dans la paralysie générale et les états méningés sont souvent comparables. L'auteur estime que la réaction au gaïac, si elle est d'une lecture plus facile, se montre moins sensible que celle de l'or. Les écarts deviennent en particulier plus importants dans les cas de paralysies générales traitées où le parallélisme des modifications cliniques et de la réaction biologique reste en faveur de la technique de Lange.

P. CARRETTE.

**La réaction de Taccone dans le liquide céphalo-rachidien des malades mentaux**, par Attilio de MARCO (Naples). (*L'Ospedale Psichiatrico*, Avril 1934).

Cette réaction, faite à partir du bichromate de potasse a été étudiée dans 150 liquides céphalo-rachidiens et comparée avec les réactions habituelles pratiquées dans ce même liquide. Elle s'est révélée beaucoup plus sensible que toutes les autres et capable de mettre seule en évidence les plus petites altérations de l'albuminorachie dans la syphilis nerveuse et dans beaucoup de cas de démence précoce et de sclérose en plaques.

Paul ABÉLY.

**Sur l'utilité pratique de la réaction de Boltz dans le liquide céphalo-rachidien**, par Eustachio ZARA (de Naples). (*L'Ospedale Psichiatrico*, Avril 1934).

Cette réaction pratiquée à l'aide de l'anhydride acétique a été faite sur 123 liquides céphalo-rachidiens. Elle s'est montrée très intéressante et a la valeur d'un véritable index de scission des protéines du liquide céphalo-rachidien survenues dans certains états pathologiques.

Paul ABÉLY.

**Liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie**, par A.-E. KOULKOW (*Sovietskaia neuropathologua psichiatria i psychogiguïena*, T. III, fasc. 2-3, 1934).

La mise au point de l'étude du liquide céphalo-rachidien dans l'épilepsie essentielle n'est pas faite. Suivant les auteurs, les résultats sont contradictoires et divergents. K. remarque, malgré l'inconstance des résultats, une certaine augmentation des globulines et d'éléments cellulaires. Il souligne l'élévation plus ou moins prononcée de la pression du liquide sous-arachnoïdien et de la grande citerne, l'absence de l'hormone hypophysaire, présence de la choline, augmentation du sucre, d'acide lactique et dans une certaine mesure, des ferments protéolytiques et des chlorides.

Le liquide céphalo-rachidien des épileptiques se montre toxique pour les animaux de laboratoire, particulièrement après les crises répétées. Mais la barrière hémato-encéphalique n'est atteinte qu'à rarement.

Le prélèvement du liquide céphalo-rachidien n'influence pas l'état des malades, cependant, pris en quantité plus grande et remplacé par l'air, il peut rendre les crises moins fréquentes.

FRIBOURG-BLANC.

**Recherches chimiques, sérologiques et biochimiques faites dans le liquide rachidien des paralytiques généraux avant et après la malaria-thérapie**, par CESARÉ RONCATI (Côme). (*L'Ospedale Psichiatrico*, Avril 1934).

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : tout d'abord il apparaît que même après une guérison clinique obtenue par le traitement, il est bien rare de pouvoir parler de guérison anatomo pathologique paralytique en admettant que les modifications du liquide céphalo-rachidien sont l'expression de ce processus.

Avant tout, on remarque une grande résistance à la thérapeutique du Wassermann et des réactions colloïdales (Martio). Quelquefois, dans ces cas, la réaction de Wassermann se transforme cependant, ainsi que les réactions colloïdales, et affectent la courbe du tabès ou de la syphilis cérébrale.

On rencontre en revanche assez souvent une modification précoce du taux de l'albuminurie et des globulines, mais cette modification suit de près le développement de la maladie et n'a pas une réelle valeur pronostique.

L'auteur attache une importance toute particulière à la recherche du taux cholestérinique, qui lui paraît vraiment uni à la réalité du processus paralytique et constitue un précieux élément de pronostic.

Paul ABÉLY.

**Perméabilité des méninges dans la paralysie générale à divers ambocepteurs hémolytiques normaux et au complément du sérum sanguin** (Permeabilità delle meningi nella paralisi progressiva a vari amboceffori emolitici normali ed al complemento del siero di sangue). **Encore sur la perméabilité des méninges aux ambocepteurs hémolytiques du sang.** Perméabilité dans le syndrome schizophrénique et ambocepteurs à grande concentration provoquée par immunisation active (Ancora sulla permeabilità delle meningi agli amboceffori emolitici del sangue. Permeabilità nella sindrome schizofrenica ad amboceffori in alta concentrazione, provocata con immunizzazione attiva), par le Dr Mario PIOLTI (Turin). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, septembre-octobre 1934, p. 216 à 332.

Dans ces deux chapitres, artificiellement séparés, d'un même travail, l'auteur a mis en évidence le passage anormal dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux des ambocepteurs anti-moutons et même des anti-cobayes, anti-cheval, anti-lapin, etc. Les résultats obtenus par Santangelo à propos du passage du complément à travers la barrière hémato-méningée des paralytiques généraux sont confirmés, mais ses propriétés s'altèrent. — Dans la schizophrénie la perméabilité méningée aux ambocepteurs hémolytiques provoquée par immunisation active est en général diminuée (dans 57 0/0 des cas, dit l'auteur, c'est-à-dire dans 11 cas sur 20).

Henri Ey.

**Le spirochète dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux après des réactions méningées artificiellement provoquées** (Le spirochete nel liquor dei paralitici progressivi in seguito a reazioni acute artificialmente provocate), par le Dr Francesco VIZIOLI (Naples). *Rivista di Neurologia*, février 1934, p. 65 à 69.

L'auteur ayant provoqué par la production d'une réaction méningée (injection d'eau bi-distillée) le passage de spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien, a trouvé par la méthode d'imprégnation lente de Leva-



diti, 12,5 0/0 de résultats positifs contre 4,1 0/0 sans l'épreuve préalable. Suit une controverse avec Benvenuti sur ce point. Henri Ey.

**Des manifestations pathologiques du liquide céphalo-rachidien à la période tardive de la syphilis et particulièrement à la période tertiaire,** par L. HIRSCH (*Przegląd Dermatologiczny*, T. XXIX, n° 3, Septembre 1934).

M. Hirsch étudie le rapport de la syphilis cutanée tardive avec les atteintes du système nerveux se traduisant par les réactions biologiques dans le liquide céphalo-rachidien. Son étude s'étend sur 95 malades atteints de syphilis cutanée tardive. Le pourcentage des réactions pathologiques du liquide céphalo-rachidien est sensiblement moins élevé au cours de l'évolution de la syphilis cutanée que dans la spécificité qui atteint divers organes internes ou le système osseux. L'auteur se prononce en faveur de l'existence d'un certain antagonisme, au moins partiel, entre la syphilis nerveuse et la syphilis tertiaire cutanée. Il souligne la fréquence relative de réactions positives spécifiques du liquide céphalo-rachidien chez des malades non traités ou traités d'une façon insuffisante.

FRIBOURG-BLANC.

**Des accidents de la ponction lombaire, II et III (Sui disturbi da puntura lombare, II et III),** par A. PACIFICO (Bari). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, mai-juin 1934, p. 1215 à 1270.

La deuxième note de l'auteur sur le sujet est consacrée aux modifications de la pression du liquide sous l'influence de la ponction. Les recherches ont porté sur 36 sujets. La tension se relève graduellement tout de suite après la ponction, mais il se produit ensuite une chute dont l'importance commande les accidents. Cette hypotension de mécanisme complexe où interviennent les modifications vasculaires cérébrales est sous la dépendance du système neuro-végétatif (première note). — La troisième note qui suit immédiatement la deuxième est consacrée aux modifications cytochimiques du liquide céphalo-rachidien après la ponction lombaire. Sur 25 sujets les variations cyto-albuminorachiques se sont montrées indépendantes des troubles. — Excellente bibliographie. Henri Ey.

**La ponction sous-occipitale,** par G. I. ODOBESCO et H. VASILESCO. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 2, pp. 60-63, 31 janvier 1934.

La ponction sous-occipitale était recommandée dès 1908 par le professeur A. Obregia. Elle est d'une technique simple, donne des résultats intéressants et n'offre aucun danger ; elle n'est cependant acceptée qu'avec réserves. Les inconvénients de la ponction lombaire sont connus. L'excitation réflexe à point de départ sacré provoque une hypersécrétion ventriculaire. La céphalée, les vertiges, les nausées sont beaucoup plus rares après la ponction sous-occipitale. Elle devient indispensable dans les cas de méningite cloisonnée, dans certaines tumeurs. Le liquide recueilli présente des altérations moins intenses que celui de la région lombo-sacrée ; la quantité d'albumine est moindre et le nombre des lymphocytes par mm<sup>3</sup> n'a jamais dépassé 60. La voie sous-occipitale doit enfin avoir la préférence dans la plupart des cas où il faut recourir à la thérapeutique intra-rachidienne.

P. CARRETTE.

**La ponction sous-occipitale, sa technique ; ses indications ; ses avantages,** par André PLICHET. *La Presse Médicale*, n° 12, pp. 232-235, 10 février 1934.

La ponction sous-occipitale serait-elle en train de supplanter la ponction lombaire ? On vante sa facilité, son innocuité. Elle est la seule possible dans certaines malformations, dans les méningites cloisonnées, dans des cas de tumeurs. L'article de M. Plichet nous fournit d'importants détails techniques. M. Ravaut a préconisé la position de la préculbute avec la tête en flexion, ce qui a l'avantage de faciliter la fixation des repères, tout comme la position à plat ventre, tête pendante. Le décubitus latéral gauche est la plus commode pour le patient. Le liquide prélevé différerait un peu du liquide lombaire. Il se produirait une sédimentation. Peut-être y a-t-il là une révision des résultats à établir en tenant compte de la position donnée au patient.

P. CARRETTE

**La ponction sous-occipitale haute. Sa technique, ses avantages,** par A. TOURAINE. *La Presse Médicale*, n° 43, pp. 883-884, 30 mai 1934.

La ponction sous-occipitale est une opération d'une technique simple dont la pratique se répand de plus en plus. Quelques réserves sont imposées par la publication d'accidents sérieux : piqûres artérielles ou bulbaires. M. Touraine décrit l'intervention et montre les risques de la ponction moyenne ou basse. Pour mettre le patient à l'abri des dangers de blessures, il a recours à une technique personnelle. Son aiguille est introduite sur la ligne médiane vers le bas. Un seul point de repère fixe est choisi : la protubérance occipitale. Le trou occipital est évité et si même l'aiguille va trop loin, elle s'égare vers la naissance de la moelle, à distance des vaisseaux. Une seule résistance à vaincre sans ressaut, celle du ligament occipito-atloïdien. Il est parfois nécessaire de retirer le liquide par aspiration. Les accidents post-opératoires sont réduits au minimum. Il y a un écart avec les résultats de la ponction lombaire. Les différences portent sur les éléments figurés. La ponction sous-occipitale permet donc une exploration nouvelle des méninges.

P. CARRETTE.

## ENDOCRINOLOGIE

**La recherche dans le sérum des activités endocriniennes. Réflexions préliminaires à l'exposé d'une méthode utilisable,** par RICHARD. *Le Progrès Médical*, n° 24, pp. 1005-1009, 16 juin 1934.

L'interférométrie, après quelques tâtonnements inévitables, permettra sans doute à l'endocrinologie de nouveaux progrès. Une opothérapie plus large sous forme d'hémocrinothérapie en naîtra. L'établissement des tests endocriniens (opzimes de Hirsch), fournissant un schéma des types normaux, il semble dès lors possible de dépister les dysfonctions glandulaires correspondantes et de renforcer les moyens de défense du sérum.

P. CARRETTE.

**Les composés iodés du corps thyroïde et leur physiologie**, par L.-H. DEJUST. *Le Progrès Médical*, n° 20, pp. 837-843, 19 mai 1934.

La thyroïde est riche en iode et ce métalloïde est incomparablement plus actif sous la forme de thyroxine qu'à l'état minéral. Il existerait un antagonisme relatif entre la thyroxine et la diiodotyrosine ; la première agit brutalement sur le métabolisme cellulaire ; la seconde, peu toxique, est plus maniable.

P. CARRETTE.

**Le trauma psychique et les états hyperthyroïdiens (El trauma psíquico y los estados hipertiroides)**, par Anibal d'ANGELO RODRÍGUEZ et Silverio LEJTMAN. *La Semana Médica*, n° 2091, pp. 453-462, 8 février 1934.

Les auteurs soutiennent que tout choc émotif se répercute sur la fonction thyroïdienne. Il la trouble provisoirement chez les sujets sains. Il est capable, chez les prédisposés, d'engendrer des syndromes incomplets, mais authentiques, toujours accompagnés d'élévation du métabolisme basal. Un malade considéré comme psychasthénique, neurasthénique ou hystérique, chez qui on suspecte un trauma affectif initial, doit être l'objet d'un examen attentif de la fonction thyroïdienne.

P. CARRETTE.

**Maladie de Basedow et arythmie complète**, par BASCOURRET. *La Médecine*. XV<sup>e</sup> année, n° 4, pp. 201-206, mars 1934.

Les états d'insuffisance cardiaque se traduisent chez les basedowiens par l'arythmie complète et la tachycardie, symptômes qui annoncent les épisodes asystoliques par paralysie auriculaire, mécanisme identique à celui qui intervient dans le rétrécissement mitral ; mais tandis que chez le mitral le pronostic des accidents est toujours sérieux, le basedowien a des possibilités de récupération grandement favorisées par une thérapeutique appropriée. La médication efficace est l'administration des sels de quinine. M. Bascourret montre comment l'usage de la quinine permet de prévenir les complications cardiaques chez les basedowiens arythmiques ou menacés d'arythmie.

P. CARRETTE.

**Hyperparathyroïdie et ostéite fibro-kystique généralisée**, par A. RAVINA et Simone LYON. *La Presse Médicale*, n° 50, pp. 1022-1024, 23 juin 1934.

La radiographie et la recherche de la calcémie fournissent des éléments utiles au diagnostic de certaines ostéites généralisées. Une intervention sur la région parathyroïdienne s'impose. Elle permet d'enlever un kyste ou une tumeur et presque dans tous les cas l'amélioration suit. Les auteurs rapportent trois observations concluantes. Les douleurs ont cessé, l'état général s'est heureusement modifié et l'affection a rétrogradé. L'avenir éloigné des malades reste cependant l'objet de préoccupations, car il n'y a pas actuellement dans ce domaine de guérisons absolues.

P. CARRETTE.

**Dystrophie adiposo-génitale et psychose paranoïde** (Distrofia adiposo-genitale cor psicori paranoïde), par le Dr Tomaso SENISE (Naples). *Il Cervello*, janvier 1934, p. 9 à 26.

Chez un homme de 63 ans, dont des photographies montrent l'aspect dystrophique, l'aphasie génitale, tous troubles vraisemblablement très anciens, s'est développé tardivement un syndrome hallucinatoire et délirant. L'auteur, avec les réserves d'usage, souligne l'intérêt de ces perturbations d'origine hypophysaire et hypothalamique pour la conception pathogénique des délires.

Henri Ey.

**Epilepsie et surrénales** (Epilepsie und Nebenschilddrüse), par Georg LENART et Emile v. LEDERER (Budapest). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro und Psych.*, 1935, Tome CXLV, p. 655 à 667.

L'étude de l'éosinophilie consécutive à une injection d'hormone surrénale a été entreprise sur 17 sujets adultes et 37 enfants, conformément aux idées exposées par Lenart dans de précédents travaux (*Archiv. Kinderheil.* 1931). — De ce travail les auteurs concluent que l'épreuve constitue un moyen de diagnostic de l'épilepsie dans laquelle on observe une variation du pourcentage des éosinophiles d'environ 20 0/0.

Henri Ey.

**Maladie d'Addison à symptomatologie fruste et à évolution prolongée. Utilité du diagnostic radiologique**, par M. FAURE-BEAULIEU, L. LYON-CAEN et M. BRUNEL. *La Presse Médicale*, n° 23, pp. 453-455, 21 mars 1934.

Voici une observation suggestive à plus d'un point de vue. Le tableau clinique est celui des gastro-entérites avec insuffisance hépato-biliaire. Il y a bien asthénie, mais sans hypotension appréciable. La pigmentation brune est discrète, surtout muqueuse. Le laboratoire appelé à fournir d'utiles précisions montre une hypoglycémie favorable au diagnostic de maladie d'Addison, mais les résultats de l'interférométrie égarent les hypothèses. C'est grâce à la radiographie que les altérations surrénaliennes furent découvertes. La lenteur du processus de caséification a permis le développement de zones fibro-calciques dont les opacités coralliformes sont nettement perceptibles.

P. CARRETTE.

## HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

**Prophylaxie de la syphilis nerveuse** (Profilaxia da sífilis nervosa), par E. VAMPRÉ. *São Paulo Medico*. T. II, n° 5, pp. 231-234, mai 1934.

La prophylaxie des complications nerveuses de la syphilis ne saurait se renfermer dans une série de mesures de protection du système nerveux. Elle ne sera vraiment efficace que liée à la prophylaxie générale de la syphilis. Les étapes de la lutte peuvent ainsi se résumer : éducation du public pour lui permettre d'éviter la maladie, de la reconnaître, de la soigner avec persévérance ; éducation du médecin qui doit savoir qu'une syphilis mal soignée favorise les complications neuro-psychiques, que ces complications

débutent par une phase pré-clinique de Ravaut et que la preuve biologique de l'atteinte méningée est faite parfois, dès la période secondaire imposant l'essai de réduction de la réaction céphalo-rachidienne, par la chimiothérapie ou même par l'impaludation préventive.

P. CARRETTE.

**Les relations de parents à enfant dans la schizophrénie** (*The Parent-Child Relationship in Schizophrenia*), par Jacob KASANIN, Elizabeth KNIGHT et Priscella SAGE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, n° 3, pp. 249-263, mars 1934.

Le comportement maternel est rarement trouvé normal vis-à-vis du schizophrène. Il est parfois marqué par l'indifférence ou l'aversion, beaucoup plus souvent par une sollicitude excessive. Le besoin de protection vigilante s'exaspère chez la mère devant un enfant faible et désarmé et, si le tempérament du sujet invite les parents à redoubler leurs soins, il empêche aussi son émancipation future. L'évolution de la psychose serait généralement favorisée par l'impossibilité, pour les intéressés, de sortir de ce cercle vicieux.

P. CARRETTE.

**Contribution au problème de la détermination du pronostic héréditaire.**

**De la probabilité de maladie des enfants de schizophrènes** (*Beitrag zur Problem der Erbprognosebestimmung. Über die Erkrankungsaussichten der Kinder von Schizophrenen*), par ERNST GENGNAGEL (Münich). *Zeitschrift. d. g. Neuro. und Psychiatrie*, 1933. Tome CXLV, p. 52 à 61.

Statistique portant sur la descendance de 44 schizophrènes comprenant 197 enfants, dont 56 morts la première ou la deuxième année de leur vie, 15 morts entre 2 et 40 ans et 9 entre 40 et 60 ans. Parmi les survivants, 22 ont plus de 50 ans. 75 descendants actuellement décédés sont morts sans avoir présenté de troubles (y compris ceux morts en bas-âge), 10 ont eu un caractère « bizarre », 11 ont été déséquilibrés, 3 ont présenté des psychoses atypiques et 8 sont devenus schizophrènes.

Henri Ey.

**Les lois de stérilisation eugénique**, par Henri VIGNES. *La Presse Médicale*, n° 40, pp. 825-827, 19 mai 1934.

Les lois de stérilisation eugénique sont entrées en vigueur en Allemagne le 1<sup>er</sup> janvier 1934. Elles ont été mises à l'étude en divers pays, notamment dans certains états américains. En France, l'opinion est très éloignée de telles mesures. Aucune théorie officielle n'est en voie de discussion. M. Vignes met en parallèle les arguments contraires des eugénistes, partisans et adversaires de la stérilisation obligatoire. On voit nettement les avantages des lois de protection sociale invoqués par les adeptes, mais on leur oppose la liberté individuelle, l'incertitude de nos connaissances actuelles sur l'hérédité, la relativité d'une mesure qui, pour supprimer le pouvoir de fécondation problématique de quelques anormaux, n'empêche pas leurs excès et leurs violences sexuelles. L'eugénique est une science encore rudimentaire; elle a trop à apprendre; elle vit de trop d'inconnues pour édicter des lois qui sacrifient sans garanties collectives, les droits individuels.

P. CARRETTE.

Les indications de la loi allemande de stérilisation eugénique, par Henri VIGNES. *La Presse Médicale*, n° 47, pp. 971-973, 13 juin 1934.

La loi de stérilisation eugénique qui est entrée en vigueur cette année en Allemagne vise des sujets recrutés par les médecins et les services de médecine sociale. Certains sont des volontaires. M. Vignes passe en revue des différentes indications légales : arriération mentale, démence précoce, psychose maniaque-dépressive, chorée chronique, épilepsie, cécité héréditaire congénitale ou dégénérative, surdité héréditaire, alcoolisme. A propos de chaque diagnostic, une discussion est possible. Il ne faut pas perdre de vue l'idéal lointain de l'eugénique. Au delà de la protection sociale, il y a la création lente d'une collectivité d'élite. Rien n'est plus mystérieux et ignoré que les voies de sa réalisation.

P. CARRETTE.

## ASSISTANCE

Une enquête sur l'assistance aux aliénés en France, en 1931, par M. DESRUELLES et J. LAUZIER. *L'Aliéniste Français*. 15<sup>e</sup> année, 2<sup>e</sup> série, n° 2, pp. 69-126, février 1934.

L'enquête de MM. Desruelles et Lauzier nous fournit des données sur la statistique générale, le chiffre global des aliénés depuis 1874, la population des Asiles, l'état de l'Assistance, les malades, le personnel, les finances, l'organisation départementale, les rapports. La consultation des notes et des tableaux se suffit à elle-même ; les auteurs ont évité de faire œuvre critique. On ne peut que déplorer l'encombrement général et l'insuffisance dans quelques établissements du nombre des médecins. Ces deux faits ont été rappelés fréquemment. Par ailleurs, il se dégage de la lecture de l'enquête une impression favorable. Ces dernières années ont été fructueuses en réalisations intéressantes. En 1931, on a l'impression qu'après une longue période léthargique l'assistance des aliénés a sensiblement progressé malgré les difficultés accumulées. Les médecins ont, dans leur domaine, rivalisé d'initiatives. Ils ont profité des directives de l'Inspection générale et des circulaires de l'Administration centrale. De ces collaborations sont nées des consultations, des services ouverts et de nombreux projets sont en voie de réalisation.

P. CARRETTE.

Faits historiques de l'assistance et de la psychiatrie mexicaines (Datos Históricos sobre los Manicomios y la Psiquiatría en México), par Samuel RAMIREZ MORENO. *Revista Mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal*, n° 1, pp. 7-19, mai 1934.

L'assistance des aliénés remonte très loin dans tous les pays. Cependant, elle s'accommode souvent de conditions si précaires qu'elle ne laisse guère de traces. M. Ramirez Moreno rappelle que l'Hôpital de Saint-Hippolyte, créé par Bernardino Alvarez en 1566, fut un des premiers à garder et à soigner des aliénés. D'autres établissements analogues furent confiés dans la suite aux Frères de la Charité, spécialisés dans les soins aux malades mentaux. Au XIX<sup>e</sup> siècle, nous retrouvons l'organisation de Saint-Hippolyte ayant subi de multiples transformations et complété d'un Asile pour femmes, le

Divin Sauveur, qui devint prépondérant sous l'appellation de Manicome de La Canoa et fut grandement amélioré par les soins de Miguel Alvarado. Au début du <sup>xx</sup><sup>e</sup> siècle, une idéologie parcourt le monde : l'assistance des aliénés doit se renouveler. C'est l'époque des grandes installations hospitalières où l'hygiène et le confort priment. En 1905, Juan Péon del Valle trouve les Asiles de Mexico dans l'abandon et commence l'édification du Manicome de La Castañeda. Des hommes comme Echeverriá, Ruiz Erdozain, Lazo de la Vega et Gutiérrez acheminent la psychiatrie dans les voies de la biologie et de la psychologie appliquée et en 1929 l'Asile Clinique de la Castañeda se consacre, sur des bases modernes, à l'application des traitements nouveaux.

P. CARRETTE.

**Assistance sociale des phrénasthéniques** (Asistencia social de los frénasténicos), par José M. LAURNAGARAY. *La Semana Médica*, n° 2091, pp. 471-473, 8 février 1934.

L'assistance des débiles mentaux doit prévoir des institutions pour les diverses phases de leur existence, fatalement anormale. D'abord un organisme directeur permanent, composé des autorités compétentes et dont les attributions seront fixées légalement. Il faudra prévoir pour l'enfant des classes spéciales destinées à réduire au minimum le retard scolaire, pour l'adolescent des écoles manuelles et agricoles, pour l'adulte des offices de vigilance et d'orientation professionnelle.

P. CARRETTE.

## THÉRAPEUTIQUE

**Musica mentis medicina**, par J.-H.-T. DUGGAN. *The Irish Journal of Medical Science*, n° 99, pp. 126-134, mars 1934.

Vers 1760, vivait à Vienne, Leopold Auenbrugger, connu par sa découverte de la percussion, musicien à ses heures. Il trouvait entre la médecine et la musique de multiples points de contact. Il en déduisait des applications pratiques. Auenbrugger peut être considéré comme l'initiateur moderne de la psychothérapie par la musique. M. Duggan rappelle la valeur psychologique de la musique, son application pratique, surtout tonique, énergétique, chez l'homme normal. Pour les malades mentaux, son emploi demande une judicieuse discrimination. Elle peut être déprimante ou provoquer une excitation néfaste, mais ses effets calmants ou sthéniques méritent d'être connus et exploités au même titre que la balnéation, le travail ou la marche.

P. CARRETTE.

**Facteurs sociaux et moraux en psychiatrie** (Social and Moral Factors in Psychiatry), par Arthur Ernest DAVIES. *The British Journal of Medical Psychology*, T. XIII, n° 3, pp. 206-253, 20 octobre 1933.

La tâche du psychiatre est complexe si on considère ses efforts de thérapeute en face de la psychose. Guérir un malade est un idéal qui peut s'entendre de plusieurs façons. « L'autonomie morale du patient dont parle

« Jung est une réalité qu'il n'est pas toujours possible, parfois même pas « désirable, de respecter comme fin de l'analyse. » M. Davies se propose l'étude du rôle moral et social du psychiatre et sa confrontation avec l'opinion du malade et du milieu sur ces mêmes problèmes. Il met en garde contre le danger de considérer le but thérapeutique comme un objectif théorique trop étranger à la personnalité du sujet. Elle présente des particularités, des imperfections apparentes ; elle évolue dans un milieu parfois peu satisfaisant. Vouloir lui assigner un objectif trop éloigné de ses tendances pré-psychosiques, c'est risquer de créer une désadaptation redoutable, ou au moins de n'être pas compris. La psychothérapie idéale ne sera possible pour l'individu qu'après une éducation collective qui, à notre époque, est nulle pour presque tous et à peine ébauchée dans certains milieux favorisés.

P. CARRETTE.

**Une méthode utile pour faire parler les malades atteints de mutisme**, par ROSA BELBINCIONI (de Florence). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Juillet 1934.

L'auteur a pu appliquer la précieuse indication du physiologiste Pawlow à l'étude d'une série de malades atteints de mutisme. Il faut interroger de tels sujets dans une ambiance silencieuse et tranquille, à voix très basse et par des mots prononcés lentement et bien scandés. Il est possible d'obtenir alors des réponses de malades auparavant plongés dans un mutisme irréductible.

Cette méthode a donné de bons résultats, surtout dans les syndromes mélancoliques et chez les déments précoces en phase dépressive.

P. ABÉLY.

**Remarques sur le traitement des maladies mentales par le travail**, par C. A. CORBAN. *The New Zealand Medical Journal*, octobre 1933.

En face des nombreuses thérapeutiques d'un effet douteux, le travail reste, pour le psychopathe comme pour l'homme sain, une arme indispensable de progrès. Au cours des troubles mentaux, le résultat du travail est parfois nul ou nuisible pour la collectivité. Il faut néanmoins essayer d'occuper les sujets qui ne font rien d'utile. L'auteur considère que c'est une question d'organisation. Il montre les bienfaits de l'activité au Tokanui Mental Hospital : emploi aux ateliers, aux champs, dans les services généraux, travail physique et intellectuel. Tout malade occupé augmente ses possibilités de réadaptation rapide, limite le décalage qui résulte inévitablement de la vie artificielle, ralentie du psychopathe au cours d'un accès.

P. CARRETTE.

**Calciothérapie intensive et auto-hémothérapie associées dans les maladies mentales** (Calcio-terapia intensiva ed autœmoterapia associate nelle malattie mentali), par G. ASCHIERI (Sondrio). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 1931, p. 87 à 94.

Sur 34 cas traités bons résultats dans les états d'excitation et de dépression, de confusion et dans un cas d'alcoolisme.

Henri Ey.



**L'hématoporphyrine agent thérapeutique dans les psychoses** (Hematoporphyrin as a Therapeutic Agent in the Psychoses), par Edward A. STRECKER, Harold P. PALMER et Francis J. BRACELAND. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1157-1173, mai 1934.

L'utilisation de l'hématoporphyrine dans la dépression mélancolique est relativement récente. Le présent article tire son intérêt d'un tableau analytique de l'application du traitement dans 37 cas et d'un état bibliographique complet depuis les expériences de Meyer-Betz (1913) et Hausmann (1916), qui notèrent l'effet photosensibilisateur de l'hématoporphyrine chez l'animal et chez l'homme. Elle a d'autres propriétés ; c'est un médicament essentiellement tonifiant, donc indiqué avant tout pour lutter contre la dépression, l'épuisement, l'asthénie. Il fait parfois merveille dans les mélancolies simples et échoue dans les psychoses avec délire et confusion.

P. CARRETTE.

**Nouveaux principes de bromothérapie** (Weitere Grundlagen Zur Bromotherapie), par O. WUTH et A. HENNICH (Kreuzlingen). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro und Psych.*, 1933, Tome CXLV, p. 721 à 732.

Les auteurs proposent une nouvelle méthode simple et clinique de dosage du brome dans les urines par les sels d'or (Goldchlorid de Merck). Les premiers résultats montrent la nécessité d'un contrôle chimique de la bromothérapie pour obtenir le résultat maximum.

Henri Ey.

**Procédé de désintoxication rapide des morphinomanes par les émulsions de lipides**, par Maurice DELAVILLE et Roger DUPOUY (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 27 mars 1934).

Les auteurs rappellent les difficultés pratiques de la cure de désintoxication et les réactions pénibles qui l'accompagnent chez les patients, et qui lui font souvent obstacle. Les théories qui essayent d'expliquer l'état de besoin et l'accoutumance à la morphine sont controversées. Toutefois une hypothèse à retenir est celle qui soutient que la morphine et ses succédanés se fixent sur la substance nerveuse. Cette hypothèse a été le point de départ de la méthode préconisée par les auteurs. Ils ont cherché à faciliter l'élimination de la morphine fixée dans le système nerveux, en employant des substances capables de la dissoudre d'une part, et de la remplacer d'autre part, dans la substance nerveuse. Après des tâtonnements et des essais, ils se sont arrêtés à une émulsion huileuse composée d'un mélange d'huile de ricin, d'huile d'olive et de lécithine, auquel ils ont ajouté quatre unités d'insuline par ampoule, pour renforcer l'action stimulante de la lécithine. Ils donnent également des sédatifs du système nerveux (gardénal matin et soir pour favoriser le repos des malades). Ils ont expérimenté la méthode sur 50 malades dont le sevrage a été effectué dans un délai de 5 à 7 jours sans accidents et sans que les intéressés aient ressenti les phénomènes habituels de la cure de désintoxication.

SENGÈS.

**Méthode personnelle de traitement de l'intoxication morphinique par l'oxygène, le glucose et l'insuline**, par W. JANUSZ (*Nowiny Kekarckie*, T. XLVI, n° 49 du 1<sup>er</sup> Octobre 1934).

Les considérations sur les désordres produits dans l'organisme des morphomanes par l'abus prolongé du toxique et une analogie avec certains désordres hépatiques observés au cours des états pathologiques caractérisés par la perturbation du métabolisme acido-basique, incitent l'auteur à associer en vue de la cure de démorphinisation l'emploi de l'insuline à haute dose, des injections intraveineuses quotidiennes de glucose à 20 % et enfin des injections sous-cutanées d'oxygène, à la dose de 300 à 500 cm<sup>3</sup>.

L'auteur est partisan de la suppression brusque de toxique. Il fait ressortir l'intérêt de la psychothérapie à la fin du traitement dans le but de la consolidation de ses effets et pour empêcher le retour des malades à leur funeste passion. Pour illustrer sa méthode, J... relate les détails de deux observations et souligne la facilité avec laquelle les malades supportent la cure.

FRIBOURG-BLANC.

**Les états de confusion mentale. Considérations sur leur traitement hors de l'hôpital psychiatrique** (Los estados de confusión mental. Consideraciones sobre su tratamiento fuera y antes del manicomio), par CONRADO O. FERRER. *La Semana Médica*, n° 2098, pp. 977-980, 29 mars 1934.

La confusion mentale est la plus médicale des affections psychiatriques. Combien de malades atteints de délire alcoolique, d'encéphalite infectieuse, de coma azotémique sont conduits à l'Asile, gravement touchés à cause du manque de soins et de l'incompétence de l'entourage ? M. Ferrer indique l'évolution clinique des états confusionnels, l'utilité des soins d'hygiène préventive, des traitements libérateurs du foie, des reins et des voies digestives, des essais de choc stimulant l'organisme affaibli. Toutes notions utiles pour le praticien qui, suffisamment documenté, pourra souvent prévenir, atténuer ou guérir des troubles psychiques manifestement déclanchés par de mauvaises conditions somatiques.

P. CARRETTE.

**Autres expériences de thérapeutique hépatique avec quelques considérations sur la fonction et l'importance du foie dans la genèse des schizophrénies** (Ulteriori esperimenti di terapia epatica con alcune considerazioni sulla funzione e sulla importanza del fegato nella genesi delle schizofrenie), par MARIO DE MENNATO (Naples). *Nuova Rivista di clinica ed Assistenza psichiatrica e di Terapia applicata*. T. I-II, 1933, p. 129 à 149.

L'auteur qui s'était déjà intéressé (Congrès de Sienne, octobre 1933) aux résultats obtenus chez les schizophrènes par une thérapeutique hépatique (foie cru), revient sur cette question, à propos de nouvelles recherches. Elles lui paraissent justifiées par les considérations physiopathologiques qui unissent l'activité cérébrale au fonctionnement du foie. Ses investigations ont porté sur 25 malades, dont les diagnostics varient depuis « psychose confusionnelle hallucinatoire aiguë » jusqu'à « agitation et stupeur catatonique ».

L'insuffisance hépatique a pu être plus ou moins mise en évidence par la réaction de Buscaïno, celle de Milors et les épreuves au bleu de méthylène et au rose bengale. Sur 25 malades soumis à la thérapeutique, deux ont été guéris (ce sont ceux étiquetés psychoses confusionnelles hallucinatoires simples). Les autres ont été améliorés dans des proportions diverses. Les états aigus, notamment, paraissent avoir disparu ou s'être très amendés. On trouvera dans cet article une bibliographie (incomplète) sur la question des relations du foie et des psychoses.

Henri Ey.

**La thérapeutique neurologique intensive appliquée dans un internat aux enfants insuffisants**, par Georges d'HEUCQUEVILLE. *Revue médico-sociale de l'Enfance*, 2<sup>e</sup> année, n° 5, pp. 342-351, 1934.

Les centres d'éducation, de traitement, de réadaptation pour enfants atteints d'affections neuro-psychiatriques sont encore réservés à une minorité de privilégiés malgré les progrès réalisés depuis une vingtaine d'années. M. d'Heucqueville étudie les catégories d'enfants qui réclament une aide efficace : les épileptiques, les instables, les névropathes, les hérédo-dystrophiques. Les procédés de traitement, de travail, d'hospitalisation et même d'internement, sont mis en œuvre par une organisation en voie de réalisation sur l'instigation de « l'Orientation Pédagogique et Professionnelle de l'Enfance », dont M. d'Heucqueville est le secrétaire et que préside le professeur Laignel-Lavastine.

P. CARRETTE.

**Contribution à l'étude clinique de la malariathérapie dans l'enfance** (Contribución al Estudio Clínico de la Malarioterapia en la Infancia), par Manuel NEUMANN. *Revista Mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal*, n° 1, pp. 33-44, mai 1934.

Le paludisme évolue chez l'enfant avec des accès bénins facilement curables. Chez les sujets oligophrènes, atteints de déséquilibre émotif et syphilitiques par ailleurs, la malariathérapie ne doit pas être négligée. Elle peut améliorer l'état du sujet et le placer dans les conditions optima pour profiter de la rééducation spéciale à laquelle il est indispensable de soumettre tous les enfants atteints de débilité mentale.

P. CARRETTE.

**La pyrétothérapie chimique dans le traitement de la neuro-syphilis**, par Jean CHRISTOPHE. *La Vie Médicale*, XV<sup>e</sup> année, n° 10, pp. 471-473, 25 mai 1934.

La pyrétothérapie chimique recommandée par M. Christophe est celle de l'huile soufrée. Elle rend de réels services dans les radiculites sciatiques, les douleurs tabétiques par exemple, mais son efficacité dans la paralysie générale ne saurait, d'après l'auteur, être comparée à celle de la malariathérapie dont l'action est plus profonde et durable.

P. CARRETTE.

**Traitement de la démence paralytique par la vaccination à l'antigène typhoïdique H.** Observation de 25 cas dans lesquels la fièvre thérapeutique combinée avec l'administration de la tryparsamide fut employée (Treatment of Dementia Paralytica with Typhoid H Antigen Vaccine. Report of 25 Cases in which Fever Therapy Combined with the Administration of Tryparsamide was Used), par Max T. SCHNITKER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 3, pp. 579-589, mars 1934.

Pour les malades observés, l'hyperpyrexie de la malaria, de la vaccination antityphique ou de la diathermie offrait des dangers par le fait des circonstances suivantes : menaces de brûlures et de congestion rénale, affections cardiaques, néphrite ou pneumopathie actives, cachexie, difficultés du contrôle thérapeutique. Les résultats obtenus par l'emploi de l'antigène antityphoïdique H, — dont l'action est moins brutale que celle du vaccin total, — ont été très favorables et heureusement complétés par l'adjonction de la cure de tryparsamide.

P. CARRETTE.

**Traitement par la narcose prolongée avec l'acide diallylbarbiturique en psychiatrie** (Narcosustained Therapy with Diallylbarbituric Acid in Psychiatry), par Alexander B. MAGNUS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, n° 3, pp. 286-300, mars 1934.

La narcose continue par le chloral ou les barbituriques constitue une thérapeutique vantée par les uns et vivement combattue par d'autres. On ne saurait nier ses dangers. M. Magnus maintient le sommeil plus ou moins complet pendant 10 jours par l'administration rectale de dial. C'est la voie qui permet le plus de régularité dans l'absorption. Elle doit être parfois remplacée ou complétée par la voie buccale ou intramusculaire, ou encore associée à la cure de morphine-scopolamine. Les résultats sont variables. Au réveil, on a observé une sédation durable, la disparition de certains conflits dans les états psychopathiques les plus divers, mais par contre des syndromes se modifient parfois sans profit, des troubles confusionnels s'installent avec dysmnésie et fabulation.

P. CARRETTE.

**Observations physiologiques au cours des injections intraveineuses d'amytal sodique** (Physiological Observations during Intravenous Sodium Amytal Medications), par W.-F. LORENZ, H.-H. REESE et Annette-C. WASHBURNE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1205-1212, mai 1934.

L'amytal sodique ne produit pas de modifications alarmantes de la pression sanguine, du pouls et de la respiration. La dose de narcose complète peut être fixée à 15 grammes environ en solution de 20 cm<sup>3</sup>. Le réveil est prématuré quand les stimulants antinarcotiques sont utilisés : l'expérience montre la valeur toni-cardiaque du benzoate de caféine, de la coramine et de l'adrénaline. Dans les états psychosiques, les doses relatives nécessaires à la production des divers ordres de phénomènes varient dans les catégories fonctionnelles et organiques, mais sans rapport avec le diagnostic psychologique formulé.

P. CARRETTE.

# VARIÉTÉS

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

### Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 juin 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 juin 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI<sup>e</sup> arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra, au mois de JUILLET, qu'une seule séance. Cette séance, réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 juillet 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV<sup>e</sup> arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

## ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

### Poste vacant.

Est déclaré vacant :

un poste de médecin-chef de service (poste créé) à la Maison de Santé interdépartementale de Clermont-de-l'Oise.

### Une rue Magnan à Suresnes.

A l'occasion du Centenaire de Magnan et sur la proposition de M. Henri CELLIER, Conseiller général de la Seine, Maire de Suresnes, le nom de Magnan vient d'être donné à une rue de cette commune où Magnan fonda la Maison de Santé du Château de Suresnes et où il mourut.

Au lendemain de sa mort, en 1916, le Conseil municipal de Perpignan, où Magnan naquit, rue de la Barre, avait déjà donné le nom de Magnan à une rue de cette ville. Le Conseil municipal de Paris instruit actuellement un dossier ayant le même but et prochainement, une rue de Paris portera le nom de ce grand aliéniste français.

## Concours pour 8 postes de médecin des Asiles publics d'aliénés.

Le concours s'est ouvert au Ministère de la Santé publique le lundi 29 avril 1935 et s'est terminé le 4 mai.

Nombre de places mises au concours : 8. Nombre de candidats inscrits : 27.

### COMPOSITION DU JURY

*Président* : M. le Professeur Daniel SANTENOISE.

*Membres titulaires* : MM. le Doyen EUZIÈRE ; Docteurs LOUP, DEDIEU-ANGLADE, ARSIMOLES, TRUELLE, H. BEAUDOUIN, H. HAYE.

*Membres suppléants* : MM. les Docteurs GODART et DADAY.

### QUESTIONS DONNÉES AU CONCOURS

1° ADMINISTRATION : Direction et surveillance des services comptables par le Directeur.

*Questions restées dans l'urne* : Du personnel secondaire laïque de services médicaux dans les établissements publics d'aliénés. — Réglementation administrative du régime alimentaire dans les Asiles d'aliénés ; rôle respectif des services médicaux et administratifs.

2° ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : Territoire de l'artère sylvienne.

*Questions restées dans l'urne* : Anatomie générale et fonctionnement général du système nerveux végétatif. — Le système de l'équilibration.

3° HYGIÈNE OU PATHOLOGIE INTERNE : Mesures à prendre, dans un Asile d'aliénés, en présence d'un cas suspect de variole.

*Questions restées dans l'urne* : Troubles trophiques du tabes. — Principes hygiéniques devant présider à la construction, l'aménagement, l'organisation et le fonctionnement des locaux et services concernant la propreté corporelle dans un Asile d'aliénés.

4° PATHOLOGIE MENTALE : Les anomalies et perversions psycho-sexuelles.

*Questions restées dans l'urne* : L'érotomanie de De Clérambault. — Les incendiaires en pathologie mentale.

A la suite de ce concours, ont été désignés pour remplir les fonctions de *médecins des Asiles publics* :

MM. : 1<sup>er</sup> LAGACHE ; 2<sup>e</sup> DAGAND ; 3<sup>e</sup> SIVADON ; 4<sup>e</sup> STOERR ; 5<sup>e</sup> HUMBERT ; 6<sup>e</sup> Mlle DEROMBIES ; MM. : 7<sup>e</sup> TOYE ; 8<sup>e</sup> *ex-æquo*, LALANNE et COULÉON.

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Centenaire de V. Magnan.

Une séance solennelle de la *Société des psychiatres et des neuropathologues de Léninegrad*, consacrée à la célébration du *Centenaire de V. Magnan*, a eu lieu le 5 mai 1935 dans la salle de la Clinique des maladies mentales à l'*Académie militaire de Médecine* (9, rue Botkine), à 8 heures du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1) « V. Magnan — sa vie et ses travaux », par G. REITZ.

2) « Classification des maladies mentales d'après V. Magnan », par le Professeur V. OSSIPOW.

3) « *La doctrine de V. Magnan sur le délire chronique à évolution systématique et la doctrine contemporaine sur la paraphrénie* », par le Professeur P. OSTANCOV.

4) « *V. Magnan en psychiatrie médico-légale* », par le Professeur L. ORCHANSKY.

5) *V. Magnan en souvenirs personnels*, par le Professeur V. NARBOUT et autres.

## XX<sup>e</sup> Congrès International de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française (Bruxelles, 17-20 juillet 1935).

Sous le *Haut-Patronage* de S.M. LA REINE ELISABETH, de LL. MM. LE ROI ET LA REINE DES BELGES, et sous la *présidence d'honneur* de M. le Ministre de la Justice.

### BUREAU DU CONGRÈS

*Président* : Prof. HÉGER-GILBERT.

*Vice-présidents* : MM. Marcel HÉGER (Bruxelles), MAZEL (Lyon), LATTES (Paris), Louis VERVAECK (Bruxelles).

*Secrétaires généraux* : MM. DE LAET (Bruxelles), MULLER (Lille).

*Trésorier* : M. ENDERLÉ (Bruxelles).

### PROGRAMME DES TRAVAUX DU CONGRÈS

#### Mercredi 17 juillet

10 heures : *Séance solennelle d'ouverture. Conférence* de M. l'Avocat général CORNIL : « *L'expertise contradictoire*. »

14 heures : *Caractère et diagnostic médico-légal des blessures faites pendant ou après la mort*, par MM. P. LANDE et DERVILLÉE (Bordeaux). Discussion, *Communications*.

#### Jeudi 18 juillet

9 heures : « *De l'aggravation et de la répercussion des troubles consécutifs aux amputations* », par M. R. PROUST (Paris).

10 heures : « *Les complications et l'appareillage des moignons d'amputation. Leur action sur la valeur professionnelle des amputés des membres* », par M. Fl. MARTIN (Bruxelles). Discussion des rapports. *Communications*.

#### Vendredi 19 juillet

9 heures : « *Les névroses traumatiques* », par M. COSTEDOAT (Lyon).

10 heures : « *Les psychoses traumatiques* », par M. Ern. DE CRAENE (Bruxelles).

14 heures : *Communications*.

Ce Congrès, qui prendra une ampleur particulière cette année à cause de l'Exposition Internationale de Bruxelles, est assuré d'un plein succès.

Les séances auront lieu dans les locaux de l'Université de Bruxelles.

#### Samedi 20 juillet

9 heures : « *Dans quelle mesure peut-on associer la médecine sociale et la médecine légale ?* » par M. R. SAND (Bruxelles). *Communications de médecine sociale*.

14 heures : *Séance du Comité permanent* : organisation du Congrès 1936. *Visites d'Installations pénitentiaires*.

Les Congressistes auront l'entrée gratuite à l'Exposition Universelle de Bruxelles. Des visites y sont organisées, dans la journée et le soir.

Le jeudi 18 juillet, représentation de Gala au Théâtre Royal de la Monnaie, offerte aux Congressistes.

Le vendredi 19 juillet, réception des Congressistes par le Collège des Bourgmestres et Echevins à l'Hôtel de Ville de Bruxelles.

Après la séance inaugurale, un lunch réunira les participants dans les locaux de la Cité Universitaire Paul-Héger.

#### VOYAGE

La plupart des pays d'Europe ont accordé d'importantes réductions aux participants inscrits en temps voulu (avant le 20 juin).

Afin de permettre aux Membres du Congrès de Médecine légale de participer, à partir du 22 juillet, au Congrès des Neurologistes, ou au Congrès des Accidents et Maladies du Travail, les billets à prix réduit (40 0/0 de réduction) sur les réseaux français, seront valables du 15 au 29 juillet 1935.

#### INSCRIPTIONS AU CONGRÈS

Toute demande de renseignements ou d'adhésion doit être adressée au Secrétaire général : D<sup>r</sup> M. DE LAET, Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo, à Bruxelles.

Les inscriptions (10 belgas pour les abonnés aux *Annales de Médecine légale*, 22 belgas pour les participants désirant l'abonnement, 10 belgas pour les adhérents ne désirant pas cet abonnement), doivent être prises avant le 20 juin 1935. Les questionnaires au sujet des chemins de fer et des hôtels sont joints aux bulletins d'adhésion et envoyés sur demande.

### HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

#### La stérilisation légale en Allemagne.

Les *Annales Médico-Psychologiques* ont publié dans leur numéro d'octobre 1933 (pages 444-447), le texte complet de la Loi allemande du 14 juillet 1933 pour empêcher la transmission des maladies héréditaires (loi de stérilisation). Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1934.

La revue *Deutsche Justiz*, organe officiel du Ministère allemand de la Justice, annonce que 56.244 stérilisations ont été effectuées en 1934 en Allemagne, dont 4.313 à Berlin.

Dans 3.692 cas, les tribunaux pour l'hygiène héréditaire ont refusé d'ordonner cette mesure.

#### Vœux émis par le huitième congrès des éducateurs d'enfants arriérés (Yvetot).

Le huitième Congrès des éducateurs d'enfants arriérés qui s'est tenu à Yvetot, à l'Institut départemental de perfectionnement a réuni une centaine de congressistes. La première séance fut ouverte par M. LE BEAU, préfet de la Seine-Inférieure. Les vœux suivants ont été votés par les membres de ce Congrès :

Que le dépistage des enfants arriérés et anormaux soit effectué aussi pré-



*cocement que possible par une bonne collaboration entre parents, assistantes sociales, médecins, praticiens, médecins inspecteurs des écoles, assistantes scolaires et personnel enseignant ; Que dès l'école maternelle et pendant la période préscolaire, l'enfant présentant des signes d'arriération ou des troubles de caractère soit dirigé vers une consultation spécialisée ;*

*Que de nouvelles classes de perfectionnement soient créées dans les centres urbains en nombre suffisant et qu'on se préoccupe pour classes et écoles de l'orientation professionnelle ;*

*Que par région et progressivement soient organisés des instituts ou écoles autonomes de perfectionnement assurant, avec la formation scolaire, l'orientation professionnelle et l'apprentissage complet ;*

*Que le nombre des élèves admis dans chaque classe soit de quinze sans jamais dépasser vingt, comme l'indique la loi ;*

*Que seuls soient admis dans les classes de perfectionnement les arriérés éducatifs, à l'exclusion des trop peu perfectibles et des non perfectibles ;*

*Que l'enseignement soit donné par des maîtres spécialisés, préparés rationnellement à leur tâche et, qu'en particulier, le stage prévu par la loi de 1909 soit facilité avec traitement comme le stage en faveur des maîtres primaires appelés à donner l'enseignement agricole ;*

*Qu'une collaboration constante s'établisse entre les maîtres et non seulement les médecins inspecteurs, mais aussi le médecin spécialiste pour assurer simultanément l'éducation et le traitement des enfants arriérés. Une telle collaboration au plus grand bénéfice des enfants résulterait d'ailleurs de l'application de la loi ;*

*Que conformément à la loi de 1909, des Comités de patronage, prévus par l'article 13, soient effectivement constitués autour de chaque école ou classe de perfectionnement, dans le but d'aider les élèves à leur sortie en leur fournissant le premier outillage et de donner conseils et assistance aux anciens élèves en difficulté ou en chômage.*

## **Les suicides en Suisse.**

Un livre récemment paru à Bâle, sous la signature de M. Erich WALDSTEIN, donne les indications suivantes sur le suicide en Suisse.

Ce pays est à la tête des Etats européens et probablement du monde entier pour son chiffre de suicides, proportionnellement à la population. Les statistiques précitées ne spécifient pas toutefois s'il s'agit de Suisses ou d'étrangers.

De 1900 à 1925, la Suisse a vu 21.000 suicides. Le chiffre annuel moyen, qui va de 900 à 1.000, est monté, en 1932, à 1.200. Cela ferait 23 suicides par cent mille habitants, alors qu'on en compte de 15 à 20 en France, en Allemagne et en Norvège. Il n'est pas tenu compte, dans cette statistique, de nombreuses tentatives avortées et des suicides non moins fréquents qui sont présumés sans que l'on puisse les constater avec certitude.

Durant la guerre le nombre de suicides a reculé, mais plus tard les événements économiques ont fait remonter ce nombre qui a augmenté en 1933 et 1934.

Le canton de Vaud, qui vient en tête, donne 51 cas sur cent mille, c'est-à-dire le double de la moyenne suisse. Viennent ensuite : Appenzell, Neuchâtel (32), Genève, Schaffhouse, Glaris, Zurich (39), Thurgovie, Bâle-cam-

pagne, Berne, Argovie (35). Les petits cantons, tels qu'Uri, n'accusent que 9 cas.

Les hommes reculent moins que les femmes et les protestants moins que les catholiques devant le suicide. 10 à 12 suicides féminins seulement correspondent à 50 suicides masculins. Les suicides d'enfants sont rares, mais assez constants. 150 enfants de moins de 15 ans (surtout de 10 à 15 ans) se sont tués en Suisse de 1876 à 1925. Les statistiques ne paraissent pas confirmer l'accusation, portée généralement contre les écoles d'être responsables de ce fait. En effet, sur 785 suicidés jeunes (15 à 19 ans), 25 seulement fréquentaient les écoles.

Les déboires conjugaux ne semblent pas particulièrement pousser au suicide. Les mariés accusent un chiffre plus faible que les célibataires. Ce sont les veufs et les divorcés qui abandonnent le plus aisément la vie.

Le suicide a ses saisons et ses jours. Il y a plus de victimes au printemps et en été que durant les autres saisons, ce qui paraît assez inexplicable. Le grand jour des suicides est le lundi puis le mardi. Le dimanche est un jour plutôt calme.

Quant à la manière employée, on constate beaucoup de pendaisons chez les hommes (43 0/0, femmes 22 0/0), beaucoup de noyades, 40 0/0 chez les femmes, qui ont rarement recours aux armes, alors que les hommes utilisent ce moyen dans 27 0/0 des cas. Le poison est le plus souvent utilisé par les femmes.

*Le Siècle Médical*, 15 mai 1935.

